Nr. 1. Warszawa, Grudzień 1929. Tom II.

Gastrologja Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO, POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERJI.

PRZY WSPÓŁUDZIALE:

H. ADELFANGA. J. AJZNERA (Łódź), M. BLASBERGA (Kraków), J. CZARKOWSKIEGO, PROF. F. CZUBALSKIEGO, S. CYTRONBERGA, M. DOLKARTA, S. FRANKA, PROF. A. GLUZIŃSKIEGO, E. GLIKSMANA, DOC. Z. GRUDZIŃSKIEGO, I. GRUNDZACHA, A. J. GOLDMANA, P OF. A. JANUSZLIEWICZA (Wilno), L. JUSTMANA, S. KIJEWSKIEGO, S. KLUKOWA (Łódź), W. KNAPPEGO, W. KONARA (Częstochowa), I. KRANTZA, ST. KRAMSZTYKA (Warszawa), B. KRYŃSKIEGO, A. LANDAUA, PROF. I. LATKOWSKIEGO (Kraków), PROF. A. LEŚNIOWSKIEGO, M. LUBELSKIEGO, J. MARZYŃSKIEGO (Łódź), N. MESZA, S. MINTZA, F. NIEWIADOMSKIEGO, J. NUSSBAUMA, (Warszawa), M. ORZECHA, PROF. Z. RADLIŃSKIEGO, J. REZNIKOWA, W. RÓBINA S. RUBINROTA, CZ. SADKOWSKIEKO, T. SAJDMANA, L. SCHLAGERA, J. SKŁODOWSKIEGO, A. TUCHENDLERA, PROF. F. VENULETA, B. WEJNERTA, E. WITKOWSKIEGO, J. ZAWADZKIEGO.

REDAKTOR: Dr. BRONISŁAW WEJNERT.
WYDAWCA: Dr. IGNACY GRUNDZACH.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 115-12, od 10 do 11.
Administracja: Marszałkowska 71, Drukarnia „SIŁA", tel. 334-48.
Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) zł. 8.
Konto czekowe P. K. O. Nr. 17-285.
WARSZAWA
1929.

Nr. 1. Warszawa, Grudzień 1929. Tom II.

Gastrologja Polska

Les resumes des travaux originaux en langues etrangerȩs se trouvent à la fin du numèro.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert. | Wydawca: Dr. I. Grundzach.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego (Kierownik Prof. Dr. V e n u l e t).

Badania nad wpływem blokady układu siateczkowo - śródbłonkowego na czynność żołądka.

podał

DR. IGNACY KORNBERG.

W obszernem piśmiennictwie, dotyczącem układu siateczkowo-śródbłonkowego (USS) pominięta została kwestja stosunku USS do czynności wydzielniczej żołądka. Za możliwością związku USS z czynnością żołądka przemawiał szereg faktów, zaczerpniętych z piśmiennictwa o układzie. Japończyk K o b a y a r c h i (1) stwierdził, że usunięcie śledziony, zawierającej przeważającą masę komórek USS, czyli wyeliminowanie większej części tego układu, wywołuje przejściowe zmniejszenie kwasoty ogólnej (A) i wolnego kwasu solnego (L) w soku żołądkowym. Gdyby zatem tak zwana blokada układu miała polegać na zahamowaniu czynności komórek USS, to winnaby dać zmniejszenie czynności wydzielniczej żołądka. Z drugiej strony J a r n o (2) stwier-

dził, że nadkwaśność idzie w parze z hypocholesterynemją i że zwyżka cholesteryny daje spadek kwasoty żołądkowej. Upoważnia go to po zbadaniu przypadków bezsoczności, w których stwierdził hypercholesterynemję, do daleko idącego wniosku, że hypo i hypercholesterynemja są czynnikami patogenetycznymi nadkwaśności i niedokwaśności. Wobec tego, że tak zwana blokada według badań Goebla i Gnoińskiego (3) wywołuje stale hypocholesterynemję, winna więc byłaby, zgodnie z poglądem Jarno dać nadkwaśność żołądka.

Z prac Gnoińskiego, Laskowskiego (4) i La Barre'a (5) wiadomo, że pod wpływem dożylnego podania srebra zachodzą zmiany w zasobie zasad krwi i tkanek ustroju z przesunięciem w stronę kwaśną. Dalej Balint (6), Cytronberg (7) stwierdzają, że niektóre stany patologiczne żołądka są związane z zakwaszeniem ustroju i że stan ten, według Balinta, obniża odporność tkanek na wpływy szkodliwe, uspasabiając do powstawania wrzodu żołądka. Nasuwa się więc myśl, że poblokadowe zakwaszenie ustroju wpływa na wydzielniczą czynność żołądka.

Pozatem wiadomo, że metale ciężkie, których używamy do blokady, wprowadzone bezpośrednio do żołądka, pozostają bez wpływu na czynność wydzielniczą, w formie zaś kolloidowej zwiększają wydzielanie soku żołądkowego i podnoszą ilość pepsyny, zmniejszając jednak kwasotę, co Feigl i Rollet (8) uzależniają od stanu kolloidowego metali. Jednakże żelazo w formie kolloidowej nie wywiera żadnego wpływu na czynność wydzielniczą żołądka, a w formie zjonizowanej wywołuje zahamowanie tej czynności. Pewne znaczenie może mieć i dawkowanie metalu, gdyż azotan srebra w małych dawkach pobudza wydzielanie żołądkowe, a w dużych hamuje. Na uwagę zasługują badania Capocaccia (9), który stwierdził występowanie zaniku śluzówki, jelit i żołądka po wielokrotnej blokadzie USS.

Powyższe dane zachęciły mnie do przeprowadzenia badań w celu ustalenia stosunku blokady do czynności żołądka.

Do blokady użyłem psów z przetoką żołądkową. Na jednym psie badałem wydzielanie żołądka za pomocą wlania do żołądka śniadania Ehrmana, t. j. 300 cm^3 5% rozczynu alkoholu o t^0 — 38 C po uprzednio dokładnem przepłukaniu żołądka wodą o tej

samej ciepłocie. Następnie pobierałem co 10' po 8 cm³ treści do zbadania na kwasotę ogólną, kwas wolny i chlorki. Chlorki badałem według metody Ruschniaka. Pobieranie treści trwało do chwili opróżnienia żołądka. Po wielokrotnem zbadaniu i ustaleniu krzywej normalnej wydzielania żołądka, przyczem zwracałem uwagę na odruchy zwrotne, na stan psychiczny psa i możliwie jednakowe warunki doświadczeń, blokowałem psa w sposób następujący:

Wlewałem dożylnie electrargol Clina jako preparat srebra prawie bezbiałkowego, podając 1 cm³ na kg. wagi. Następnie natychmiast po blokadzie wlewałem do żołądka rozczyn spirytusu i badałem wydzielanie soku w sposób poprzedni.

WYNIKI

Kontrola I dn. 12/4. Doświadczenie 1-e.

godz. 12.	wlano 300 cm³	5% rozczynu alkoholu	
	L	A	Cl
„ 12.10	0	0	0,05 %
„ 12.20	0	1	0,1 %
„ 12.30	0	20	0,15 %
„ 12.40	20	30	0,3 %
„ 12.50	24	33	0,35 %
„ 1.00	28	38	0,4 %

(Czas trwania doświadczenia 1 godzina)

Kontrola II dn. 13/4. Doświadczenie 2-e.

godz. 12.00	wlano 300 cm³	5% rozczynu spir.	
	L	A	Cl
„ 12.10	0	0	0.03 %
„ 12.20	0	0	0.18 %
„ 12.30	0	4	0.23 %
„ 12.40	8	10	0.3 %
„ 12.50	18	25	0.35 %
„ 1.00	3	12 (dużo śluzu)	0.55 %
„ 1.10	0	2 „ „	0.58 %

(Czas trwania doświadczenia 1 godz. 10 min.)

15/4. Doświadczenie 3-e. Waga psa 17 kg. 200 gr.

godz. 11.55	zastrzyk	17 cm³	electrargolu Clina		
„ 12.00	wlano	300 cm³	5% rozczynu alkohol.		
		L	A	Cl	
„ 12.10		0	0	0.	
„ 12.20		0	0	0.05 %	
„ 12.30		0	0	0.1 %	
„ 12.40		0	0	0.13 %	
„ 12 50		1	5	0.2 %	
„ 1.00		2	5	0.25 %	
„ 1.10		2	5	0.25 %	
„ 1.20		1	4	0,23 %	
„ 1.30		0	1	0,25 %	

(Czas — 1 godz. 30 min.)

W obu kontrolach maximum wydzielania soku żołądkowego miało miejsce po 50—60 sekundach od chwili wlania płynu Ehrmana, przyczem wartość wolnego kwasu solnego wahała się od 18—28, wartość ogólnej kwasoty 25—38, chlorków 0,4—0,55% Podanie dożylne Electrargolu obniżyło kwas wolny do 2, ogólną kwasotę do 5 i chlorki do 0,25%. Maximum miało miejsce w tym samym czasie, t. j. po 50 sek. od chwili wlania rozczynu alkoholu.

Aby otrzymać maximum siły wydzielniczej żołądka włączono do badań histaminę, którą wstrzykiwano podskórnie w ilości 1 mgr. i otrzymano krzywe pohistaminowe bez blokady i z blokadą.

24/4. Doświadczenie 4-e.

godz. 12.00	wlano	300 cm³	5% alkoholu	
		L	A	Cl
„ 12.10		0	0	0,03 %
„ 12.20		0	0	0,1 %
„ 12.21	zastrzyknięcie 1 mgr. histaminy, po zastrzyku pies b. niespokojny			
„ 12.30		0	5	0,2 %
„ 12.40		25	30	0,35 %

„ 12.50	68	75	0,55 %
„ 1.00	92	104	0,67 %
„ 1.10	110	120	0,78 %
„ 1.20	96	104	0,85 %
„ 1.30	45	55	0,8 %
„ 1.40	46	57	0,75 %

(Czas — 1 godz. 50 min.)

27/4. Doświadczenie 5—e ten sam pies, waga 17,2 kg.

godz. 11.55	zastrzyknięto	17	cm. Electrargolu
„ 12.00	wlano 300 cm³	5%	rozczynu alkoholu
	L	A	Cl
„ 12.10	0	0	0,
„ 12.12	injekcja 1 mgr. histam. podskórnie		
„ 12.20	0	0	0,05 %
„ 12.30	3	5	0,17 %
„ 12.40	34	37	0,25 %
„ 12.50	59	65	0,45 %
„ 1,00	69	77	0,55 %
„ 1,10	78	86	0,6 %
„ 1,20	66	76	0,55 %
„ 1,30	60	68	0,5 %
„ 1,40	56	66	0,5 %
„ 1,50	58	64	0,5 %
„ 2,00	54	62	0,5 %
„ 2,10	46	58	0,5 %

(Czas — 2 godz. 40 min.)

W obu doświadczeniach z histaminą najwyższe nasilenie wydzielania soku żołądkowego wystąpiło po godzinie i 10 min. od chwili wlania spirytusu i po 1 godz. od czasu wstrzyknięcia histaminy. W doświadczeniach z blokadą mamy obniżenie wartości wydzielniczej dla kwasu solnego, kwasoty ogólnej o 29—28%, dla chlorków o 32%. Pozatem pod wpływem blokady stwierdza się we wszystkich doświadczeniach przedłużenie okresu wydalania z żołądka rozczynu alkoholu. Gdy w doświadczeniach bez histaminy okres wydzielania soku żołądkowego trwa 1 godz.

blokada przedłuża ten okres do 1 godz. 30 min. W doświadczeniach z histaminą i blokadą wydzielanie soku żołądkowego odbywa się 2 godz. 10 min. zamiast 1 godz. 40 min., t. j. w doświadczeniu I-em mamy przedłużenie o 50%, w II-em o 70%.

Aby skontrolować, czy przedłużenie czynności wydzielniczej pod wpływem blokady jest pozorne i zależy od osłabienia czynności ruchowej żołądka wraz ze zwolnionem wydalaniem treści, czy też mamy do czynienia z rzeczywistem wzmożeniem wydzielniczem soku pod względem ilości, przeprowadzono badanie w sposób odmienny. U psa z przetoką żołądkową badano sok żołądkowy bez wlewania do żołądka rozczynu 5% alkoholu. Po ustaleniu wydzielania pod względem ilościowym i jakościowym w ciągu 1 godz., to samo wykonywano po zablokowaniu psa srebrem, zbierając skrzętnie każdą kroplę wydzielonego soku.

Doświadczenie I-e przed blokadą: w ciągu ½ godz. zebrano 78 cm^3 soku; kwasu wolnego 100, ogólna kwasota 122, po blokadzie w ciągu 1 godz. zebrano 30 cm^3 treści; kwasu wolnego 85, kwasota ogólna 105.

Z tych doświadczeń wynikałoby, że blokada hamuje wydzielanie soku żołądkowego nietylko jakościowo, ale i ilościowo. W kontroli pies wydzielił w ciągu ½ godz. 78 cm^3 soku żołądkowego, po blokadzie w ciągu 1 godz. zebrano zaledwie 30 cm^3 czyli 64% mniej. Pozatem blokada zmniejszyła kwas wolny ze 100 do 85 i kwasotę ogólną ze 124 do 105.

W celu uniknięcia zarzutu, że już dożylne podanie większej ilości płynu jest w stanie ujemnie wpłynąć na ilość i jakość soku, zastosowano kontrolę z solą fizjologiczną i 10% glukozą.

Doświadczenie 6-e.

W ciągu 60 minut pies wydzielił 32 cm^3 soku, L — 85 A — 104. Po wlaniu 10 cm^3 soli fizjologicznej otrzymano w ciągu 60 min. 29 cm^3 soku żołądkowego, L — 90, A — 105.

Doświadczenie 7-e.

W ciągu 60 min. pies wydzielił 32 cm^2 soku ż. A — 114 L — 100. Po wlaniu 10 cm^3 10% glukozy otrzymano w ciągu 60 min. 96 cm^3 soku żołądkowego, A — 114, L — 100.

Jak widać, w doświadczeniu z solą fizjologiczną brak wszelkiej zmiany w ilości i jakości wydzielanego soku. W do-

świadczeniu 7-em pod wpływem glukozy jakość i ilość soku żołądkowego podnosi się dość znacznie. Należałoby z tych doświadczeń wnioskować, że przy podaniu dożylnem pewnej ilości płynu przy równych ilościach płynu znaczenie ma jakość tego płynu; 10 cm^3 soli fizjologicznej nie wywiera żadnego wpływu na kwasotę i ilość soku, natomiast 10 cm^3 glukozy wzmaga wydzielanie; 10 cm^3 rozczynu srebra kolloidowego hamuje czynność wydzielniczą ilościowo i jakościowo.

W celu skontrolowania długotrwałości wpływu blokady na wydzielanie soku żołądkowego, następnego dnia po blokadzie i w 5 dni po blokadzie zbadano czynność żołądka I-go psa przy pomocy tylko rozczynu alkoholu.

Doświadczenie 8—e.

16/4 godz. 12,00 wlano 300 cm^3 5% rozczynu alkoholu

	L	A	Cl
„ 12,10	0	0	0,05 %
„ 12,20	13	17	0,15 %
„ 12,30	15	18	0,2 %
„ 12,40	20	24	0,23 %
„ 12,50	28	32	0,45 %
„ 13,00	30	36	0,5 %

Doświadczenie 9—e.

20/4 godz. 12,00 5% rozczyn alkoholu

	L	A	Cl
„ 12,10		3	0,1 %
„ 12,20	11	13	0,15 %
„ 12,30	22	24	0,4 %
„ 12,40	32	36	0,5 %
„ 12,50	odruch	40—46	0,4 %
„ 13,00	zwrotny	28—32	0,35 %
„ 13,15		36—46	0,5 %
„ 13,20		55—70	0,7 %

W doświadczeniu z dnia 16/4, występuje jakgdyby reakcja na poblokadowe obniżenie czynności wydzielniczej:

Kwas solny i kwasota ogólna podnoszą się do normy, z dnia 12/4 i 13/4 w doświadczeniu 1-em i 2-em, a mianowicie L.30, A-36, Cl-0,5%.

Przedłużenie wydzielania ustępuje.

W następnem doświadczeniu poziom kwasu solnego, kwasoty ogólnej i chlorków osiąga swe maximum: L-55, A-70 i Cl-0,7%. Przedłużenie wydalania o ½ godz. tłomaczy się odruchem zwrotnym ze strony dwunastnicy. Po upływie 18 dni od ostatniej blokady, powtórzono blokadę na I-ym psie, tym razem argentolem (preparat krajowy Karpińskiego).

Kontrola przed blokadą:

16/5. Doświadczenie 10—e.

godz. 12,00 wlano 200 cm^3 5% rozczynu alkoholu

	L		A	Cl
„ 12,10	8		10	0,1 %
„ 12,20	33		36	0,3 %
„ 12,30	44		56	0,45%
„ 12,40	36	odruch	54	0,5 %
„ 12,50	36		52	0,45%
„ 13,00	42		52	0,45%
„ 13,10	46		52	0,4 %
„ 13,20	43		56	0,45

(Czas — 1 godz. 20 min.)

17/5. Doświadczenie 11—e.

godz. 11,55 wstrzyknięto dożylnie 18 cm^3 Argentolu

„ 12,00 wlano 200 cm^3 5% rozczynu alkoholu

	L	A		Cl
„ 12,10	0	0		0,15 %
„ 12,20	0	2		0,2 %
„ 12,30	16	18		0,3 %
„ 12,40	28	32		0,35 %
„ 12,50	38	44	odruch b. słaby	0,35 %

„ 13,00	48	54	0,45 %
„ 13,10	44	52	0,45 %
„ 13,30	40	54	0,5 %

(Czas — 1 godz. 30 min.)

Powyższe doświadczenia nie ujawniły jednak większego wpływu blokady na czynność wydzielniczą żołądka i wydalania treści. Poziom kwasu solnego, chlorków i kwasoty ogólnej pozostawał prawie na tym samym poziomie jak w kontroli, większego przedłużenia wydzielania również nie było (1 godz. 20m. — 1 godz. 30 min.), jedynie uległ opóźnieniu moment najwyższej siły wydzielniczej. Wobec tego, że preparat Argentol posiada mniej srebra, a więcej białka niż Electrargol, działanie argentolu mogło być niepewne. Reasumując wyniki doświadczeń, stwierdzamy w następstwie blokady zmniejszenie jakościowe i ilościowe soku żołądkowego z opóźnionem wydalaniem soku, względnie z osłabioną czynnością ruchową żołądka.

W świetle badań nowoczesnych objaśnienie tego rodzaju wpływu blokady na czynność żołądka nie przedstawia trudności. Jak wykazały badania histochemiczne, wprowadzone dożylnie srebro i barwiki zostają wychwytywane i magazynowane przez komórki USS. Obecność obcego ciała w komórkach USS może mieć w następstwie albo unieczynnienie tych komórek wzgl. osłabienie ich czynności (blokada), albo też wzmożenie czynności na skutek podrażnienia. Najprawdopodobniej dwufazowość cechuje odczyn USS na parenteralne podanie ciał kolloidowych Pozatem „blokada" wywiera wpływ i na układ wegetatywny. V e n u l e t (13), badając charakter krzywej według ciśnienia po blokadzie, stwierdza podrażnienie układu współczulnego. Tego samego dowodzą badania D e m a n t a (11, 12), który przed blokadą poraża układ współczulny ergotaminą i układ przywspółczulny atropiną. L e i t e s (14) po blokadzie stwierdza zmniejszenie ilości wydalanej żółci, które zależy od zahamowania nerwu współczulnego.

Z temi badaniami harmonizuje również zmniejszenie zasobu zasad we krwi, występujące w ciągu godziny po blokadzie gdyż według G y ö r g y e g o i H e r c b e r g a (15) kwasica, sztucznie wywołana, sprzyja podrażnieniu nerwu współczulnego

a alkaloza — odwrotnie, hamuje odczyn nerwu współczulnego na bodźce adrenalinowe.

A więc, zgodnie z współczesnemi poglądami, należy przyjąć, że blokada, prawdopodobnio na drodze zaburzeń fizyczno-chemicznych w składzie krwi i soków ustroju, prowadzi do podrażnienia nerwu współczulnego i do zahamowania nerwu współczulnego.

Sprawa wpływu nerwu sympatycznego na czynność ruchową żołądka naogół jest ustalona. Müller (16), Daniélopolu (17), Sirotinin (18) i inni jednogłośnie są zdania, że podrażnienie nerwu sympatycznego wywołuje zahamowanie czynności ruchowej żołądka i opóźnienie opróżnienia żołądka z jego treści. Fakt ten znajduje sie w zgodzie z wydłużoną czynnością żołądka po blokadzie. Zato duże trudności napotyka kwestja stosunku układu współczulnego do czynności wydzielniczej żołądka. Gdy Hess i Gundlach (19) twierdzą, że podrażnienie nerwu sympatycznego wywołuje zahamowanie czynności wydzielniczej żołądka, inni — Jukawa (20), Sirotinin (18) po podskórnem podaniu adrenaliny znajdywali zwiększone wydzielanie soku żołądkowego. Volborth i Kudriawceff (21), drażniąc prądem nerw trzewiowy, uprzednio przecięty, wywołali wzmożone wydzielanie soku żołądkowego u psów z żołądkiem Heidenheina. Jednak to samo doświadczenie nie udawało się na żołądku Pawłowa wskutek, jak przypuszczają autorzy, obecności w żołądku małym Pawłowa antagonistów w postaci gałązek nerwu błędnego (w żołądku Heidenheina nerw błędny zostaje przecięty). Bickel uważa, że nerw współczulny posiada gałązki hamujące i wydzielnicze, lecz czynność gałązek wydzielniczych jest odmienna w stosunku do czynności wydzielniczej nerwu przywspółczulnego. Dlatego też podrażnienie nerwu sympatycznego w zawikłanym mechanizmie wzajemnie regulujących i uzupełniających się czynności z przewagą w tę lub ową stronę, może w rezultacie dać rozmaite wyniki. Prawdopodobnie stan ten zależy od napięcia poszczególnych części samego układu sympatycznego. Daniélopolu podał sposób określenia napięcia całego układu sympatycznego lub przywspółczulnego. Wobec jednak antagonizmu poszczególnych części jednoimiennego układu, konieczna jest metoda do

ustalenia napięcia różnych czynności jednego i tego samego układu. Wynika z tego, że krzywe czynności wydzielniczej żołądka w naszych doświadczeniach, należy uważać jako zsumowanie wpływów podrażnienia nerwu współczulnego z wynikiem naogół obniżającym czynność wydzielniczą. Obniżenie krzywej wydzielniczej po blokadzie mogło zależeć poniekąd i od zahamowania nerwu przywspółczulnego, na co wskazują badania z żółcią. Dzięki licznym doświadczeniom z atropiną, hamujący wpływ nerwu przywspółczulnego na czynność wydzielniczą żołądka zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Wyniki podanej pracy poniekąd podrywają twierdzenie Jarno, że hypocholesterynemja, która stale występuje przy blokadzie, ma znaczenie patogenetyczne dla nadkwaśności. Doświadczenia na wywołaną hypocholesterynemję odpowiadały zmniejszoną ilością kwasu solnego.

Zestawiając wyniki naszych doświadczeń i rozważań skłonni jesteśmy przypisać blokadzie wpływy:

1) hamujący na czynność wydzielniczą żołądka pod względem kwasu solnego wolnego, ogólnej kwasoty i chlorków,

2) pomniejszający ogólną ilość soku wydzielanego,

3) wydłużający czynność wydalania treści żołądka, uzależniając stan ten od podrażnienia nerwu współczulnego i zahamowania nerwu przywspółczulnego.

Źródła piśmiennicze

1. Kobayarchi. Kongr. Zentralblatt für In. Mediz. 1927 r.
2. Leo Jarno. Arch. für Verd. Krankheiten Bd. 38. Heft. 3—4.
3. F Goebel. i H. Gnoiński. Bioch. Zeitschr. t. 18. zeszyt 4—6 r. 1927.
4, Laskowski i Gnoiński. P. Arch. Med. Wewn. T. VI, z. 4, r. 1928.
5. La Barre. C. R. d. Soc. de la Biol. T. 90 N. 14 r. 1924.
6. Balint Verhandl. der Ges. f. Verd. und Stoffwechselkr. V Tag. in Wien 1925.
7. Cytronberg. P. Arch. Med. Wewn. T. VI, zesz. 2.
8. M. Kochman. Pharmakologie der Verdauungsdrüsen (Handbch. der Norm. und Patholog. Physiologie) Bd. 3, 1927.
9) Capocaccia Pathologica 1927 r. T. 19 wg. Kongr. Zentralbl. f. inn. Med. 1928 r. T. 50, str. l.
10. Louros i Scheyer. Zeitschr. f. d. ges. exp. Medizin, T. 55 i 57

11. P. Demant. P. Arch. Med. Wewn. T. 7 zesz. 2. r. 1929.
12. „ „ Med. Dośw. i Społ. T. VI oraz VII, 1926 r.
13. F. Venulet. Med. Dośw. i Społ. 1929 r. T. 10.
14. Leites S. Naunyn-Schmiedebergs Arch. f. esp. Patholog und Pharmak Bd. 126 S 108 121 1928 r.
15. György und Herzberg — Biochem. Zeitschr. T. 140 r. 1923.
16. R Müller. — Lebensnerven.
17. Danielopolu — Klin. Wochenschr. 7 Jahrg. N. 37 str. 1748.
18. Sirotinin — *Zeitschr.* f. d. ges. exp. Med. Bd. 40 str. 90 1924 r.
19. Hess i Gundlach — Pflügers Arch, T. 18. zesz 1|3 str. 122
20. Yukawa Arch. f. Verd, Krankh. T, 14, 1908 r.
21. Volborth i Kudriawceff wg Babkina — Die äussere Sekretjon, der Verdauungsdrüsen r. 1928 str, 326.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala na Czystem
D-r SOŁOWIEJCZYK
i z prywatnego zakładu chirurgiczno - urologicznego
D-r D. SZENKIER.

Schorzenia dróg moczowych a przewód pokarmowy.

Podał

D. SZENKIER (Warszawa).

Zdawałoby się, że dwa te ustroje mają ze sobą tak mało wspólnego, że współzależność ich nie może być tematem artykułu naukowego. Jednakże doświadczenie praktyki codziennej, a tembardziej bliższe teoretyczne rozważania wykazują, że drogi moczowe u człowieka mają z punktu widzenia anatomji, fizjologji, a zwłaszcza patologji dużo wspólnego z narządami trawienia.

Już sama bliskość topograficzna czyni zrozumiałem, że te dwa układy w ustroju ludzkim muszą mieć wiele punktów stycznych pod względem anatomicznym.

Weźmiemy nerki. Nerki leżą pozaotrzewnowo w tak zwanej wnęce nerkowej. Stosunek nerek do otrzewny jest jaknaj-

ściślejszy. Nerka lewa w $^2/_3$ swej przedniej powierzchni pokryta jest otrzewną, przyczem górna $1/_3$ część nerki przylega do żołądka, średnia — do ogona trzustki, dolna — do zstępnicy. Nerka prawa przylega w górnych $^2/_3$ częściach przedniej powierzchni do wątroby, tworząc wgłębienie nerkowe wątroby. Dolna $1/_3$ część przedniej powierzchni przykryta jest okrężnicą. Odśrodkowy brzeg, niedaleko od wnęki przylega do części zstępującej dwunastnicy. Ta ostatnia okoliczność tłomaczy, dlaczego w przypadkach trudnego usunięcia nerek (*nephrectomia*) może nastąpić uszkodzenie dwunastnicy oczywiście z bardzo poważnemi powikłaniami, w postaci przetoki kałowej lub też zapalenia otrzewny. Co się tyczy moczowodów, to moczowody w przeważnej części swego przebiegu zrośnięte są z otrzewną, przyczem prawy przylega do kątnicy, lewy zaś do esicy na wysokości zachyłka międzyesicowego.

Dolne odcinki leżą tak blisko ściany odbytnicy, że możemy łatwo wyczuć moczowody przez odbytnicę, szczególnie w przypadkach schorzeń, w których następuje zgrubienie moczowodów jak np. w gruźlicy nerki. Pęcherz moczowy, jako narząd o względnie dużej ruchomości i pokryty tylko na nieznacznej części swej powierzchni otrzewną, ma stosunkowo luźny kontakt z narządami jamy brzusznej.

Gruczoł krokowy wreszcie leży u ujścia cewki moczowej z pęcherza. Jest to narząd o charakterze mięśniowo-gruczołowym wielkości średniego kasztana, przylegający swą tylną powierzchnią do ściany odbytnicy i oddzielający się od niej rozcięgnem (*Aponeurosis* Denonvilliers'a).

Unaczynienie dróg moczowych niema większego znaczenia dla naszego tematu, natomiast naczynia chłonne odgrywają tu wielką rolę. O istnieniu połączenia dróg chłonnych nerki prawej i okrężnicy można obecnie mówić jako o fakcie stwierdzonym. Dlatego też wielce prawdopodobne jest bezpośrednie przenikanie drobnoustrojów z okrężnicy do nerek. Pamiętajmy, że w 80% wszystkich przypadków zapalenia miedniczek nerkowych, stwierdzamy w moczu obecność prątków okrężnicy, co oczywiście nie jest dowodem, że we wszystkich tych przypadkach prątek ten jest przyczyną schorzenia.

Może on być dodatkowem zanieczyszczeniem dróg moczo-

wych. Oczywiście nie we wszystkich tych przypadkach musiał on przywędrować przez naczynia chłonne. Droga wstępująca (z cewki moczowej do miedniczki) oraz droga krwiobiegu nie mogą być przez nas niedoceniane.

Drogi moczowe są unerwiane przez układ współczulny, a więc wpływ spraw, zachodzących w nerkach, na narządy trawienia musi być doniosły.

W swoim czasie ogłosiłem dwie prace o unerwieniu nerek *). Obie nerki mają wspólny splot współczulny, zwój krezkowy dolny (*ganglion mesentericum inferius*), który, łącząc obie nerki pod względem unerwienia, łączy je jednocześnie z unerwieniem okrężnicy za pomocą gałązek nerwowych, idących od zwoju krezkowego dolnego, wzdłuż tętnicy krezkowej dolnej do zwojów nerwowych jelit. Tak zw. „*syndrome nephrocolitique*“ zespół nerwowo-jelitowy zależny jest właśnie od wspomnianego połączenia unerwień dwuch tych układów i jest w swej istocie objawem odruchowym.

Dla przykładu przytaczam następujące spostrzeżenie:

Mężczyzna E. A., lat 29, chory od r. 1922. Od tego czasu miewa napady kolki nerkowej z wysoką ciepłotą. Przed kilku laty rzeżączka z powikłaniami. Ostatnio zasłabł nagle. Pojawiły się silne bóle w prawym boku, temperatura się podniosła, chory zaczął oddawać mocz z bólami, dreszcze, mdłości, wymioty. Jednocześnie wzdęcie i nieokreślone bóle brzucha oraz uporczywe rozwolnienie.

Mocz mętny, (dużo śluzu i ropy). Chory podaje, że przy każdym napadzie kolki nerkowej występują wraz z temperaturą zaburzenia jelitowe. Z ustąpieniem bólów nerkowych uspokajają się objawy brzuszne.

W prawem podżebrzu, w okolicy nerkowej, wyczuwa się guz o gładkiej powierzchni, mało ruchomy przy oddechu, dający się odgraniczyć od wątroby.

---

*) D. Szenkier. O odruchu nerkowo-nerkowym. Warszawskie Czasopismo Lekarskie r. 1924 Nr. 1.
D. Szenkier. O odruchu nerkowo-jelitowym. Kwartalnik Kliniczny Szpit. Staroz. r. 1924 zeszyt 1-szy. Reflex.
D. Szenkier. Über den reno-renalen, Reflex. Zeitschrift für Urologie 1929 Heft 3.

Z moczu wychodowano gronkowce. Badanie rentgenowskie i cystoskopja z czynnościowem badaniem nerek wykazały, że mamy do czynienia z prawostronnem roponerczem. Badanie kału wykazało dużą przymieszkę śluzu i krwi. Przypuszczano istnienie przetoki nerkowo-jelitowej. Operacja: *nephrektomja* (D-r Szenkier) wykazała duże roponercze. Żadnego połączenia między nerką a jelitami nie było. Natychmiast po operacji znikły wszelkie objawy ze strony przewodu pokarmowego i to bezpowrotnie.

Oczywiście objawy kiszkowe w powyższym przypadku mogą być tłomaczone nietylko przez wspólne unerwienie nerek i kiszek, lecz nie może pozostać bez wpływu na stan jelit sąsiedztwo z dużem ropnem ogniskiem w postaci roponercza, przylegającego do okrężnicy. Nie możemy też pominąć ewentualnego działania toksycznego.

Przechodzimy teraz do fizjologji. Wspólność nerek i przewodu pokarmowego z punktu widzenia fizjologji tych narządów polega na tem, że oprócz innych czynności są to narządy wydzielnicze w stosunku do pewnych związków, a mam tu na myśli przedewszystkiem mocznik.

Wiemy, że wydalanie mocznika jest jedną z najważniejszych czynności nerek. Przy upośledzeniu tej czynności następuje zatrucie ustroju mocznikiem, przeładowanie nim krwi—*azotaemia.*

Chociaż ostatnio poglądy na mocznicę znacznie się zmieniły, jednak nie wdając się w finezje tego zagadnienia (rola indikanu i związków fenolowych) możemy śmiało twierdzić, że mocznik odgrywa w każdym razie niepoślednią rolę w obrazie zatrucia moczowego. Otóż przy upośledzeniu czynności wydzielniczej nerek biorą na siebie tę czynność zastępczo skóra i przewód pokarmowy, głównie zapewne okrężnica. Cytronberg przypisuje dużą rolę żółci.

U azotemików pojawiają się wymioty, rozwolnienie. W wymiocinach i w wypróżnieniach znajdujemy olbrzymią ilość mocznika, co stwierdzić mogłem w badaniach, przeprowadzonych wspólnie z Landsbergiem. Oczywiście wymioty te mogą być i pochodzenia ośrodkowego przez zatrucie ośrodków mózgowych. W każdym razie ilość wydalanego mocznika przez prze-

wód pokarmowy jest tak dużą, że próbowaliśmy nawet walczyć z azocicą drogą przepłukiwania okrężnicy. Przy doświadczeniach na królikach wydostawaliśmy w ten sposób olbrzymie ilości mocznika *).

Przechodzimy teraz do działu patologji nerek. Najczęstszem schorzeniem, jest zapalenie nerek. Wiadomo, że może z powodu niedostatecznie wyjaśnionej patogenezy, klasyfikacja tego schorzenia nie jest jeszcze ustalona.

Po odrzuceniu starej anatomo-patologicznej klasyfikacji, w sensie patologji komórkowej Virchowa odróżniającej 2 postacie: miąższową i śródmiąższową, poprzez praktyczną klasyfikację Vidala, opartą na obserwacji klinicznej, gdzie odróżniamy postacie zwykłego białkomoczu, azotemiczną, chloruremiczną i nadciśnieniową zależnie od charakteru objawów klinicznych — przyszliśmy do różnych podziałów Volharda, Fahra opartych na badaniu czynności nerki schorzałej, z umiejscowieniem tej upośledzonej czynności w tej czy innej części tkanki nerkowej (*nephrosis, glomerulonephritis, nephritis tubularis*). Ze wszystkich tych postaci najważniejszą dla nas jest ta, w której następuje głównie upośledzenie w wydalaniu mocznika, a czynność tę po części przyjmuje przewód pokarmowy, i w której najczęściej spotykamy objawy dyspeptyczne, wymioty, rozwolnienie, ściskanie w dołku, suchy, obłożony język, brak łaknienia. Ileż to takich przypadków leczonych jest jako przypadki gastrologiczne i dopiero badanie moczu lub pierwszy napad moczowy wyjaśniają istotę rzeczy. Powinni o tem pamiętać gastrolodzy, do których tacy chorzy stosunkowo często się zwracają.

W powstawaniu zapalenia nerek wybitną rolę odgrywa przewód pokarmowy. Szkoła amerykańska nauczyła nas doszukiwać się w tych przypadkach ogniska, skąd wychodzi zakażenie. Jeżeli amerykanie posuwają się może zbyt daleko w polowaniu na ognisko pierwotne („*focal infection*"), to możemy jednak z całą stanowczością twierdzić, że rola chorych zębów, przewlekłych cierpień jelit, szczeg. okrężnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego jest wielką i nie ulega.

---

*) M. Landsberg i D. Szenkier. Badania nad uremją doświadczalną. Księga jubileuszowa Edw. Flataua r. 1929 str. 464

żadnej wątpliwości. Obserwowałem dużą ilość przypadków przewlekłego zapalenia nerek, leczonych bez skutku lata całe i wyleczonych szybko po usunięciu „zębów martwych" lub wyrostka robaczkowego.

Przechodzimy do schorzenia, które dla naszego tematu jest najciekawsze: do kamicy nerkowej. Schorzenie to, tak łatwo naogół rozpoznawane, nastręcza czasami duże trudności rozpoznawcze i różniczkowe z rozmaitemi schorzeniami przewodu pokarmowego. Odróżnić kamicę nerkową od zapalenia wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego jest czasami wręcz niemożliwe i dłuższe nawet spostrzeganie takich przypadków nie przynosi wyjaśnienia.

Zespół objawów w kamicy nerkowej, szczególnie podczas napadu kolki jest tak charakterystyczny, że zaczęto uznawać każden z objawów za patognomiczny dla kamicy nerkowej. Niestety nie odpowiada to rzeczywistości.

Ten wszystkim tak dobrze znany zespół objawów składa się z ostrego początku, bardzo silnego bólu z umiejscowieniem w odpowiedniej okolicy lędźwiowej z promieniowaniem lub bez do jądra lub końca członka, mdłości, wymiotów, zaparcia, czasami o charakterze wręcz niedrożności i objawów pęcherzowych często o charakterze dyzurji; w moczu — w mniejszej lub większej ilości czerwone ciałka krwi, czasami — ciałka ropne. Jeżeli przejrzymy wszystkie te objawy, to mogę, niestety, z całą stanowczością potwierdzić, że niema tam ani jednego, który by mógł być patognomiczny dla kamicy nerkowej. Niemal wszystkie te objawy spotykamy i w niektórych schorzeniach gastrologicznych. W przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego ból może też nastąpić zupełnie niespodziewanie przy zupełnie dobrem samopoczuciu, ciepłota ciała może nie być podniesioną (z drugiej strony w kamicy nerkowej, nawet niepowikłanej wtórnem zakażeniem ciepłota, jako skutek wsysania, może być wyższą), ból może być umiejscowiony w okolicy lędźwiowej — co niejednokrotnie widziałem, szczególnie w przypadkach z położeniem pozaotrzewnowem wyrostka. Z drugiej strony w kamicy nerkowej ból może być umiejscowiony głównie w okolicy punktu M a c—B u r n e y zwłaszcza w przypadkach kamienia moczowodu. Oczywiście mdłości, wymioty i zatrzymanie stolców spotykamy

jak w jednem tak i w drugiem schorzeniu. Dlaczego objawy te nabierają wszystkich cech niedrożności — objaśniam odruchem nerkowo - jelitowym, o którym mówiłem powyżej i który zależy od istniejącego wspólnego unerwienia nerki i okrężnicy.

Objawy pęcherzowe możemy spotkać i w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Przypominam sobie przypadki, w których ropień okołowyrostkowy przebił się do pęcherza, co wszak nie jest wcale zjawiskiem rzadkiem; lżejsze zaś objawy pęcherzowe w postaci częstego oddawania moczu lub dolegliwości przy tym akcie spotykają się w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego dość często. Wreszcie zmiany w moczu Jeszcze do niedawna uważano, że krwiomocz makro- lub mikroskopowy może być spotykany tylko w przypadkach kolki nerkowej. Jednakże doświadczenie lat ostatnich uczy nas coraz częściej, że i w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego krwinki w moczu nie są wyjątkiem; spotykamy zaś od czasu do czasu przypadki z prawdziwym makroskopowym krwiomoczem. Objaśnia się ten fakt tem, że wyrostek leży czasami tuż przy moczowodzie, a w przypadkach położenia zaotrzewnowego tuż przy miedniczce nerkowej[1]. Tak bliskie sąsiedztwo może w zapaleniu wyrostka być przyczyną silnego przekrwienia śluzówki moczowodu, względnie miedniczki, lub zapalenie to może bezpośrednio przejść na narządy moczowe, czego skutkiem będą objawy zapalne w miedniczkach t. j. białe i czerwone ciałka krwi. Oczywiście, że w przebiegu zapalenia wyrostka lub pęcherzyka żółciowego, możliwe są przerzuty drogą krwionośną do dróg moczowych.

Przytaczam tu przypadek krwiomoczu w przebiegu wyrostka robaczkowego.

> Kobieta 52 letnia, z zawodu akuszerka. Zachorowała nagle przy objawach bólów, umiejscowionych w prawej połowie jamy brzusznej i w prawej okolicy lędźwiowej. Temper. 38°. Kilka razy wymiotowała. W pierwszym już dniu choroby krew w moczu stwierdzona makroskopowo. Badanie moczu wykazało olbrzymią ilość czerwonych ciałek krwi, pojedyńcze leukocyty. Ze strony jelit, po za skłonnością do zaparcia, nic szczególnego nie stwierdzono. Przez dokładne badanie chore

wyłączyłem schorzenie dróg moczowych, natomiast rozpoznałem ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Dalszy przebieg choroby, a także zabieg operacyjny potwierdziły całkowicie powyższe rozpoznanie.

Objaw Goldflama, polegający na wywołaniu bólu w okolicy nerkowej przez silniejszy wstrząs okolicy lędźwiowej, nie może być też uważany za patognomiczny. Obserwowałem go jako dodatni w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego lub też pęcherzyka żółciowego. Myślę natomiast, że objaw mój, który polega na stwierdzeniu *pasa przeczulicy skóry w okolicy lędźwiowej po stronie zdrowej*, może oddać, dużą usługę w rozpoznawaniu kamicy nerkowej. Jeżeli uszczypnąć lub ukłuć obie okolice lędźwiowe w przypadkach kamicy nerkowej w okresie już ponapadowym, to możemy stwierdzić istnienie nadwrażliwości skóry po stronie zdrowej. Tłomaczę to objawem Head'a w połączeniu z odruchem nerkowo-nerkowym. Objaw ten spotykałem tylko w przypadkach kamicy nerkowej.

Co się tyczy nowotworów nerek, to w granicach naszego tematu, interesują nas głównie guzy nerki prawej. Różniczkowanie tych guzów z nowotworami, wychodzącymi z wątroby, pęcherzyka żółciowego i zgięcia wątrobowego, nasuwa niekiedy wielkie trudności. Na posiedzeniach klinicznych szpitala i jako konsultant różnych oddziałów tegoż propagowałem stale tę myśl że we wszystkich przypadkach guzów prawego podżebrza o ile w przebiegu tychże nie zaobserwowano wyraźnej żółtaczki, powinno być przeprowadzone dokładne badanie urologiczne (wziernikowanie pęcherza, czynnościowe badanie nerek i pyelografja). Tyczy się to nawet przypadków, w których wyczuwamy szypułę idącą w kierunku wątroby, dużą ruchomość przy oddechu, lub też ubytek cienia w okrężnicy na zdjęciu rentgenowskiem. Tylko wtedy możemy być zabezpieczeni od różnych niespodzianek na stole operacyjnym. Nerka ruchoma ma dla naszego tematu już dlatego znaczenie, że częstokroć jest ona tylko jednym z objawów ogólnego zwiśnięcia—choroby Glénard'a. Okoliczność ta musi być wzięta pod uwagę przy rozważaniu wskazań do leczenia operacyjnego. Wielki wpływ na stan przewodu pokarmowego wywiera nerka ruchoma w przypadkach, w których dzięki tej nienormalnej ruchomości nastą-

piło przegięcie okrężnicy, objawiające się w obrazie klinicznym *enteritis membranacea*. Alglave stwierdził na podstawie swych badań sekcyjnych, że takie przegięcie w okrężnicy w obrębie zgięcia wątrobowego następuje dzięki temu, że nerka ruchoma, będąc zrośniętą z poprzecznicą, ciągnie ją ku dołowi. Przegięcie następuje dzięki nieruchomości części wstępującej okrężnicy.

Wady rozwojowe nerek symulują często schorzenia gastrologiczne. Nerka podkowiasta z jej mostkiem, leżącym w poprzek kręgosłupa, daje tak niewyraźny obraz kliniczny, że większa część tych przypadków leczona jest jako schorzenie narządów jamy brzusznej. Dopiero wprowadzenie pyelografji umożliwiło zupełnie pewne rozpoznanie.

Drugą postacią wady rozwojowej nerki jest nerka przemieszczona do talerza biodrowego, t. zw. „*Beckenniere*". Postać ta symuluje całkowicie zapalenie wyrostka robaczkowego lub też nowotwory kątnicy (względnie gruźlicę). Oczywiście i tu wyjaśni istotę rzeczy pyelografja.

Widzimy więc, jak często schorzenia nerek wywołują objawy ze strony przewodu pokarmowego, z drugiej zaś strony jak często schorzenia przewodu pokarmowego wpływają na zmiany w drogach moczowych. Nie mniej ciekawe są dla naszego tematu schorzenia pęcherza moczowego, a tem samem i gruczołu krokowego.

Przerost gruczołu krokowego, schorzenie tak częste u ludzi w wieku podeszłym, wywołuje w swym przebiegu poważne zaburzenia w czynności pęcherza moczowego i nerek. Zwrócono uwagę na pogorszenie się ogólnego stanu chorych z przerostem gruczołu krokowego. Myślano pewien czas, że odgrywają tu rolę jakieś jady, wydzielane przez chory gruczoł krokowy. Wiemy teraz, że gruczoł jako taki, nie odgrywa tu żadnej roli; wywołując natomiast utrudnione oddawanie moczu, z zaleganiem tegoż w pęcherzu, ze stazą w górnych drogach moczowych i powodując tem samem upośledzenie czynności nerek, głównie w kierunku wydalania mocznika, musi on wpływać ujemnie na stan ogólny chorego. Powodując azotemję jest on przyczyną różnych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Niejednokrotnie obserwowałem chorych z dysphagją, dyspepsją, z upor-

czywem zaparciem, bólami w jamie brzusznej, wymiotami, suchym językiem, którzy byli traktowani jako chorzy gastrologiczni; a jednakże mogłem stwierdzić, że istotna przyczyna tych rzekomych cierpień przewodu pokarmowego leżała w przeroście gruczołu krokowego.

Częstokroć powierzchowne nawet badanie takich chorych wykazuje odchylenie od normy w zakresie czynności pęcherza moczowego. Stwierdzamy przy opukiwaniu górną granicę pęcherza, wysoko nad spojeniem łonowem, bolesność tej okolicy. W innych znów przypadkach wypuk pęcherza daje wynik ujemny, zaleganie moczu może się ograniczyć do kilkudziesięciu ccm., a jednakże badanie krwi wykazuje znaczną azotemję i spostrzegamy objawy ze strony przewodu pokarmowego. Dlatego też u starszych mężczyzn uskarżających się na różne objawy ze strony przewodu pokarmowego o charakterze nieokreślonym, powinno się pamiętać o możliwości przerostu gruczołu krokowego i nie zaniedbywać badania tegoż przez odbyt oraz określenia ilości mocznika we krwi,

Jak daleko sięgają omyłki rozpoznawcze niech ilustrują następujące przypadki.

1) Mężczyzna 72 l. zachorował przed czteroma miesiącami przy objawach żołądkowych: brak łaknienia, czasami wymioty, bóle i ściskanie w okolicy żołądka, język obłożony, znaczny spadek wagi, upadek sił. Wygląd charłaczy. W Łodzi, miejscu stałego zamieszkania chorego, przeprowadzone badania soku żołądkowego oraz rentgenowskie wzbudziły podejrzenie co do nowotworu żołądka. W ostatnim miesiącu zwróciły na siebie uwagę objawy ze strony pęcherza moczowego; częste i utrudnione urynowanie. Ostatnie objawy potęgowały się. Górna granica pęcherza wypukiwała się wysoko nad spojeniem łonowem. Chory był skierowany do mnie. Rozpoznałem przerost gruczołu krokowego z dużem zaleganiem w pęcherzu oraz azocicę. Już pod wpływem założonego cewnika *à demeure* stan chorego szybko się poprawiał, objawy żołądkowe powoli znikały. Wszystkie objawy żołądkowe powoli znikły zupełnie po nałożeniu przetoki pęcherzowej, jako pierwszego aktu *prostatektomji.*

2) Mężczyzna l. 65 przywieziony do szpitala na Czystem z objawami niedrożności kiszek. Stan ogólny ciężki, tętno o słabem napięciu, przyśpieszone, bolesność brzucha, wymioty. W lewej połowie jamy brzusznej stłumienie; wyczuwa się twór o kształtach podłużnych. Z rozpoznaniem „skręt esicy", chory zostaje operowany. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdza się normalny stan esicy. Wyczuwalny przed operacją twór jest to przepełniony pęcherz moczowy. Jama brzuszna zaszyta na głucho. Po przeprowadzonem leczeniu przygotowawczem (regularne cewnikowanie) u chorego dokonano po pewnym czasie prostatektomji.

Z wyżej wyłuszczonego widzimy, że w wielu przypadkach schorzeń dróg móczowych, występujące jednocześnie objawy ze strony przewodu pokarmowego, zależne są od ogólnego zatrucia ustroju mocznikiem. Nie mówię tu oczywiście o tych przypadkach, w których objawy gastrologiczne powstają na drodze odruchowej, (nerwowej), lub też na skutek bezpośredniego wpływu mechanicznego (ucisk, przegięcie okrężnicy w przypadkach nerki ruchomej itp.). Istnieją również przypadki ciężkich schorzeń przewodu pokarmowego np.: niedrożność kiszek, w przebiegu których obserwujemy przemijającą azotemję. Nie negując znaczenia tej okoliczności, można jednak twierdzić stanowczo, że badanie krwi na ilość mocznika jest tą metodą, która w wielu zawikłanych przypadkach z różniczkowem rozpoznaniem między urologicznemi i gastrologicznemi schorzeniami, może ostatecznie wyjaśnić istotę rzeczy i dlatego też nie powinna być nigdy pominięta.

Z II Oddziału Chirurgicznego Szpitala Małż. Poznańskich
w Łodzi (Ord. Dr. A. Goldman).

Z patologji uchyłka Meckela.

podał
Dr. MICHAŁ ELJASBERG.

(Odczytano na posiedzeniu Sekcji Chirurg. Łódzk. Tow. Lek.
dnia 4. IV. 1929 r.)

Istnienie uchyłków w przewodzie pokarmowym było znane już anatomom w 17 wieku (Ruysch, Morgagni, Littré i inni). Cztery przypadki niedrożności jelit, spowodowanej przez uchyłek były opublikowane jeszcze przed pracą Meckela (1812 r.). Z licznej grupy prawdziwych oraz fałszywych uchyłków dróg pokarmowych Meckel wyodrębnił uchyłek, znajdujący się w dolnym odcinku jelita cienkiego, jako pozostałość przy wstecznym rozwoju przewodu żółtkowego.

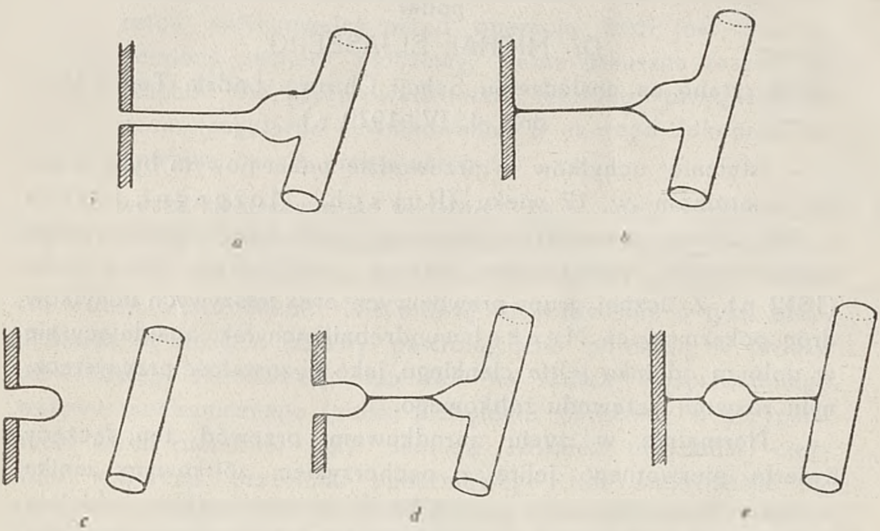
Normalnie w życiu zarodkowem przewód ten, łączący światło pierwotnego jelita z pęcherzykiem żółtkowym, zanika w końcu II, ewentualnie początku III miesiąca; jelito oddziela się od pępka. O ile jednak wsteczny rozwój przebiega wadliwie nie zostaje zakończony, może powstać jedna z następujących 5 grup wad rozwojowych:

1. Otwarty przewód żółtkowy (otwarta przetoka pępkowa), który może się powikłać przez wypadnięcie śluzówki ew. ścianki jelita, powodując niedrożność. 47% noworodków z podobną wadą umiera przedwcześnie (Moriau). U dzieci starszych opisano otwarty przewód do lat 10. Metodą z wyboru w leczeniu tej wady jest zupełne wycięcie przewodu.—(Rycina pierwsza).

2. Niezupełna przetoka pępkowa. Po zamknięciu dośrodkowego odcinka przewodu żółtkowego kanał łączy się z jelitem za pomocą sznura łącznotkankowego lub nie łączy się zupełnie, tworząc ślepy worek. W worku tym obserwowano nowotwory o budowie przypominającej ścianę jelita. Wobec maceracji skóry i pryszczycy następuje często po-

wikłanie przez ropowicę ściany brzusznej (obserwowany przypadek). (Rycina II).

3. Enterokystoma. (Ryc. III).
4. Uchyłek Meckela. (Ryc. IV).
6. Niezupełna przetoka pępkowa, połączona z uchyłkiem Meckela. (Ryc. V).



Podług Kleinschmidta w „Die Chirurgie“ Kirschner-Nordman'a T. V.

Patogeneza uchyłka Meckela (U. M.) jako wady rozwojowej zostaje poniekąd potwierdzoną przez jednoczesne istnienie innych wad rozwojowych, jak: *uranoschisis, ectopia vesicae urinariae, spina bifida, fistula urachus* etc.

U. M. znajduje się w dolnym odcinku cienkiego jelita na odległości od 10 cm. do 1 mtr. od kątnicy, u dzieci bliżej tej ostatniej. Wyżej umiejscowione uchyłki, które napotykamy w jelitach oraz w krezce, nie należą prawdopodobnie do tej kategorji. Są to uchyłki trzustki, lub w cienkim jelicie, *enterokystomy*, tworzące się w przebiegu zarodkowej wakuolizacji nabłonka pierwotnego jelita, jak to wykazały prace z anatomji porównawczej (Keibel, Lewis, Thing). U. M. odchodzi przeważnie od ścianki jelita przeciwległej krezce, rzadziej znajduje się bliżej krezki.

Długość uchyłka sięga od $2\frac{1}{2}$ — 26 cm. Im dłuższy jest

uchyłek — tem groźniejsze istnieje niebezpieczeństwo zapętlenia i skrętu. Ujście przeważnie szerokie — do 2 cm. szer. — może się zwęzić i zupełnie zarosnąć, tworząc kolbowato rozszeżony lub walcowato wydłużony twór.

Przez pozostałe, częściowo obliterowane, naczynia żółtkowe w postaci *filum terminale* uchyłek przyczepia się do pępka, jelita, krezki przyściennej otrzewny, do kanału pachwinowego, pęcherza moczowego. Najczęściej przyrasta do krezki jelita cienkiego, tworząc własną, słabą unaczynioną, krezkę. Budowa ściany przypomina ścianę jelita ze silnie rozwiniętą mięśniówką. Niekiedy jednak śluzówka wykazuje odchylenia od budowy jelitowej, przypominając cechy śluzówki żołądka, co może mieć znaczenie patologiczne. Znajdujemy też wysepki budowy trzustkowej. Z wyjątkiem van Heukelooma, tłomaczącego obecność śluzówki żołądkowej w uchyłku przez to, że dzięki wczesnemu odsznurowaniu uchyłka od światła jelita, śluzówka nie znajdowała się pod działaniem żółci; inni badacze dla objaśnienia tego charakteru śluzówki przyjmują możliwość zarodkowego zabłąkania tkanek. Co się tyczy elementów trzustkowych w śluzówce uchyłka, muszę zaznaczyć, że tylko w kilku przypadkach została dowiedziona ich obecność w U. M., natomiast w większości przypadków miało się do czynienia z samoistnymi uchyłkami trzustkowymi. U. M. spostrzegano w 2% na materjale sekcyjnym w 5000 przypadków, częściej u mężczyzn (6 : 1 Hilgenreiner, 3 : 2 Mitchel-Augier). Będąc stosunkowo nie takim rzadkim zjawiskiem U. M., klinicznie daje o sobie znać tylko w tych przypadkach, kiedy powoduje powikłania w działaniu kiszek, bardziej różnorodne, niż wyrostek robaczkowy, z którym ma dużo wspólnych cech patologicznych.

Powikłania te można podzielić na trzy grupy:

1. U. M. skłonny jest do wszelkich anatomicznych form zapalenia.
2. powoduje najbardziej powikłane postacie niedrożności jelit przez uciśnięcie, skręt, wgłobienie, zawęźlenie i t. d.
3. jest podłożem dla nowotworów i owrzodzeń.

Zapalenie uchyłka należy do rzadkich jego schorzeń. Według Rostowcewa na 645 przypadków U. M. — w 45 skonstatowano zapalenie.

Kijewski zebrał w 1911 roku 75 przypadków omawianego cierpienia.

Sofotjerow w 1922 r. — 204 przypadki.

Zapalenie U. M. spotyka się w rozmaitym wieku, przeważnie młodym (od 10 — 30 lat); z pomiędzy przyczyn powodujących na I-em miejscu znajdują się ciała obce: dostają się one do uchyłka bardzo łatwo z powodu szerokości ujścia; z tego też powodu rzadko zatrzymują się wobec braku fałdy śluzówki, zamykającej ujście. Jednak przegięcia uchyłka, uściśnięcie go przez przepełnioną pętlę jelita, zwężenie otworu przez owrzodzenie — może spowodować zatrzymanie ciał obcych. 2. Pasożyty (*ascaris*) 3. uraz, 4. ogólne zakażenia kiszkowe (dur, gruźlica, pałeczka okrężnicy, pleśniawki), 5. ogólne zakażenie (zapalenie migdałów, grypa) 6. uwięźnięcie w przepuklinie.

Zmiany patologo-anatomiczne odpowiadają napotykanym przy zapaleniu wyrostka robaczkowego — od zwykłego nieżytowego zapalenia uchyłka do zgorzeli, przedziurawienia z wytworzeniem ograniczonego ropnia lub ogólnego zapalenia otrzewny, co bywa najczęściej. Przedziurawienie może nastąpić zarówno u podstawy uchyłka, jak i na wierzchołku.

Kliniczne objawy ostrego zapalenia uchyłka zupełnie przypominają zapalenie wyrostka robaczkowego. Umiejscowienie bólów w zależności od ułożenia uchyłka w stosunku do kątnicy może się przesunąć bliżej pępka lub pomiędzy pępek i wyrostek mieczykowaty ew. pęcherz moczowy. Gdy proces zapalny przechodzi na otrzewnę, występują jaskrawo objawy typowego zapalenia otrzewny. W późniejszych okresach występują objawy niedrożności jelit, zarówno porażeniowego, jak i mechanicznego niekiedy pochodzenia z powodu powikłania zapalenia uchyłka. W niektórych przypadkach obraz zostaje powikłany przez jednoczesne zapalenie wyrostka robaczkowego. Przypadek taki, dzięki uprzejmości p. d-ra Perlisa, miałem możność obserwować na Jego oddziale. Dotyczył on 30-letniego chorego, cierpiącego od $1^{1}/_{2}$ roku okresowego na bóle w dolnej połowie brzucha. Najdłuższy napad takich bólów trwał przez dwa tygodnie. Ostatnio zachorował nagle przed 2 dniami przy objawach zapalenia otrzewny wyrostkowego pochodzenia: silne bóle w dolnej poło-

wie brzucha, połączone z wymiotami, zatrzymanie stolca i wiatrów, napięcie mięśniowe. Przy operacji w jamie brzusznej skonstatowano surowiczy wysięk, wyrostek robaczkowy, przekrwiony w znacznych wzrostach. Na odległości 30 cm. od kątnicy U. M. dług. 12 cm. u podstawy, szer. około 2. cm. silnie przekrwiony; od wierzchołka uchyłka ciągnie się sznur cienki łączno-tkankowy ku tylnej otrzewnie. Usunięcie wyrostka robaczkowego oraz uchyłka. Założenie drenu. Po 2 tygodniach chory opuścił szpital w dobrym stanie.

W przypadkach przewlekłego zapalenia uchyłka trudno odróżnić je od przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, jedynie zupełny brak dolegliwości w przerwach pomiędzy napadami częściej spotyka się przy pierwszem schorzeniu.

Rozpoznanie stawiane zawsze tylko na stole operacyjnym lub sekcyjnym. Jednakże, o ile napotyka się inne objawy wad rozwojowych, powinniśmy myśleć o zapaleniu uchyłka, jak i wtedy, gdy po otwarciu jamy brzusznej zbadany narząd (wyrostek, żołądek, pęcherz żółciowy) nie wyjaśnia znalezionego zapalenia otrzewny.

Pierwszy przypadek ostrego zapalenia uchyłka opisał Denucé przy sekcji w 1851 r. Pierwszy operowany przypadek należy do Körte (1894 r.), w polskiem piśmiennictwie znajdujemy prace Grünbauma, Oderfelda, Czajkowskiego, Schramma, Kijowskiego i Horodyńskiego.

Obserwowany przez nas przypadek dotyczy p. G. R. lat 48, który zachorował w 1922 r. nagle po niestrawności, spowodowanej przez zatrucie pokarmami. Odczuwał wtedy bóle w prawym dole biodrowym. Po 2-tygodniowej chorobie wyzdrowiał, lecz po 2-ch miesiącach zapadł ponownie, przyczem lekarze uważali chorobę za zapalenie pęcherza żółciowego. Po kilkudniowem niedomaganiu wyzdrowienie, które trwało 2 miesiące. Nowy krótkotrwały napad nosił charakter zapalenia wyrostka robaczkowego. Po każdym napadzie dolegliwości znikały i chory czuł się zupełnie dobrze. W kwietniu 1923 r. nowy napad, bardzo ciężki z zatrzymaniem stolca i wiatrów, z czarnymi wymiotami o zapachu kałowym. Przy badaniu stwierdza się stan podgorączkowy, brak zmian ze strony serca i płuc. Brzuch silnie wzdęty, napięty, bardzo bolesny zwłaszcza w prawym dole bio-

drowym. Przy natychmiastowej operacji wykryto ograniczone ropne zapalenie otrzewny, spowodowane przez przedziurawienie uchyłka Meckela, znajdującego się blisko kątnicy. Wyrostek robaczkowy nie był widoczny. Uchyłek usunięto, założono dren. Po 6 tygodniach otworzono per rectum ropień w Douglasie. Po 3 miesiącach — wyzdrowienie. W dwa lata później chory z powodu dolegliwości został poddany prześwietleniu przewodu pokarmowego (w innym mieście), gdzie mu zaproponowano usunięcie wyrostka robaczkowego. Chory nie zgodził się i czuje się dobrze do dnia dzisiejszego.

Rokowania w przypadkach ostrego zapalenia U. M. zależne jest tak od postaci anatomicznej, jak i od powikłań; w ostrych przypadkach z przedziurawieniem — złe, ponieważ prowadzi do zapalenia otrzewny. Zabieg operacyjny polega na całkowitem usunięciu uchyłka u samego ujścia. Pozostawienie uchyłka i przywrócenie drożności jelit, lub opróżnienie ropnia otrzewny jest niecelowe, ponieważ może spowodować nawrót i nowe powikłania. Znany jest przypadek Rebentisch'a który, postępując niedostatecznie radykalnie, musiał interweniować 4-krotnie.

Najbardziej częstym powikłaniem, spowodowanym przez U. M. jest niedrożność jelit. Hilgenreiner, który pierwszy w swej pracy uporządkował bogatą kazuistykę niedrożności tego pochodzenia, odróżnia następujące możliwości: I. Strangulacja a) w postaci uwięźnięcia jelita przez przymocowany uchyłek, tworzący pierścień przepuklinowy, b) lub przez zawęzlenie pętli jelita przez U. M., c) przez uciśnięcie jelita przez wolny uchyłek, wypełniony treścią i przeciążony w swoim końcu, d) lub przez zwężenie jelita powyżej odejścia uchyłka ew. przez przegięcie jelita w tem miejscu. II. Wgłobienie U. M. do światła jelita, III. Uwięźnięcie w przepuklinie zarówno w wolnej, jak i w uwieźniętej, gdzie wchodząc w różne kombinacje ze ścianą worka, znacznie komplikuje obraz i zabieg operacyjny. IV. Strangulacja i skręt samego uchyłka, jako najczęstsza przyczyna zgorzeli jego. Zgorzel występuje tak łatwo dlatego, że unaczynienie uchyłka przez jego naczynia krezkowe jest bardzo słabe. V. Bardzo rzadko spotykane wgłobienie uchyłka przez niezarośnięty i niezamknięty kanał żółtkowy.

Kazuistyka strangulacji i wgłobień U. M. jest wyjątkowo bogato urozmaicona. Od 5 — 7% niedrożności jelit spowodowane są tą przyczyną. O ile sposób wytworzenia strangulacji znajduje swoje wyjaśnienie w osobliwościach anatomicznych poszczególnych przypadków, mechanizm wgłobienia nie jest zupełnie jasny. Najbardziej prawdopodobnym zdaje się być pogląd Küttnera, który przedstawia tę sprawę w sposób następujący, wobec silnie rozwiniętej mięśniówki uchyłek jest zdolny do energicznych ruchów robaczkowych. Ten ruch robaczkowy uchyłka u podstawy jego powoduje skurcz jelita, które w razie wzmożonej perystaltyki wyżej położonej pętli jelita wgłobia się w światło bardziej rozszerzonej pętli. Tak rozpoczyna się wgłobienie z uchyłkiem na czele wgłobiającej się pętli. Musimy jednakże uznać, że stosunkowa rzadkość wgłobienia w porównaniu z częstością uchyłka wymaga zapewne jeszcze innych, bliżej nieznanych, powodujących czynników. Taki czynnik niektórzy badacze, jak Drumond — Gray widzą w obrzęku śluzówki przy ujściu uchyłka, który to powoduje wynicowanie śluzówki z następnym wgłobieniem uchyłka. W szeregu przypadków wgłobienia na dnie uchyłka znaleziono nowotwory: tłuszczaki, włókniaki, mięsaki, nabłoniaki naczyniaki (przypad. Kaspera).

Kliniczne objawy niedrożności jelit, spowodowanej przez U. M. zależne są od formy niedrożności, mają mniej lub bardziej ostry przebieg i pokrywają się całkowicie z objawami, zwykle cechującymi mechaniczną niedrożność jelit. Jedynie zapalenie otrzewny częściej występuje w niedrożności uchyłkowego pochodzenia z powodu szybkości, z którą dochodzi do zgorzeli uchyłka. Rokowanie w przypadkach niedrożności jest naogół złe. Już po 2 dniach w strangulacji występuje często zgorzel uchyłka z jej następstwami.

Przypadek, obserwowany przez nas, dotyczy 2-letniego dziecka, które zachorowało nagle przed 7 dniami; po oddaniu obfitego stolca, zaczęło uskarżać się na bóle brzucha, wskazując na nadbrzusze. Wieczorem tego dnia poczęło wymiotować, stolce od tego czasu zatrzymały się, wiatry nie odchodziły, Wymioty trwały nadal treścią połykaną. Dziecko, przywiezione do szpitala, miało temperaturę 39°, tętno 140 o słabem napię-

ciu, dziecko niespokojne, ma zapadnięte oczy, jęczy. Badanie płuc i serca zmian chorobowych nie wykazało. Brzuch wzdęty, zwłaszcza w górnej połowie; jelita zarysowują się przez ścianę brzuszną. Wypuk wszędzie bębenkowy. Rozlana bolesność całego brzucha. W uśpieniu eterowem cięcie wzdłuż linji pośrodkowej poniżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdza się obecność surowiczego płynu, jelito cienkie biodrowe, rozszerzone, tworzy w odległości 20 cm. od kątnicy skręt. Przyczyną tego skrętu okazał się U. M., będący w stanie zapalnym, a podstawy — nawet w stanie zgorzeli, końcem swym przyczepiony do tylnej otrzewny. Odcinek jelita w miejscu uwięźnięcia przez uchyłek wykazuje przedziurawienie, skąd wydostaje się kał. Wobec tego, że po usunięciu uchyłka w miejscu zeszycia jelita nastąpiło zwężenie i przegięcie pod kątem, nałożono dodatkowe zespolenie jelitowe. Jamę brzuszną zeszyto 3-piętrowym szwemi Nazajutrz odeszły wiatry, po 2 dniach — stolec. Po 6 dniach usunięto część szwów, brzuch miękki, niebolesny, stolec codziennie. Jednakże od 3-go dnia stwierdzono stłumienie nad prawem płucem do kąta łopatki. Dziecko zaczęło gorączkować od 38—39½°. Rozwinęło się ciężkie prawostronne zapalenie płuc i 16-go dnia po operacji, przy dobrej działalności jelit, dziecko zmarło.

Zabieg operacyjny z konieczności musi być radykalny: polega on nie tylko na usunięciu uchyłka, lecz w zależności od przypadku częstokroć i na usunięciu zmienionego odcinka jelita. Usunięcie uchyłka o szerokiej podstawie z zeszyciem jelita jest niebezpieczne ze względu na możliwość zwężenia, przegięcia jelita ew. wgłobienia (przypadek Kirschmeyera: niedrożność ex U. M. operacja, polip w uchyłku, usunięcie uchyłka o szerokiej podstawie. Po 5 dniach, wobec nieustąpienia objawów — powtórne otwarcie brzucha; wgłobienie jelita w miejscu zwężenia po usunięciu uchyłka). W takich przypadkach należy dokonać rezekcji odcinka jelita, o ile ono uległo zgorzeli, albo też nałożyć dodatkowe zespolenie jelitowe, jak to było uczynione w naszym przypadku. Zupełnie niesłuszne wydaje się nam postępowanie Beltmana i Bluma, którzy, po usunięciu niedrożności i wymasowaniu mas kałowych pozostawili uchyłek. W ciężkich przypadkach zapalenia otrzewny można czasami

postąpić dwuczasowo: w pierwszym czasie nałożyć przetokę kałową i dopiero później usunąć uchyłek (Wilms).

Często inaczej postąpić nie można, a to ze względu na zwój kiszek, przeplatanyeh uchyłkiem, który znajdujemy podczas operacji. Nawet na stole sekcyjnym nie zawsze udaje się rozplątać ten węzeł. Śmiertelność przy niedrożności jelit, przez U. M. spowodowanej, jest znacznie wyższa, niż z innych przyczyn — sięga ona 75%.

Jak już wyżej zaznaczyłem, w śluzówce U. M. znajdują się niekiedy wysepki, przypominające budową swą śluzówkę żołądka. Na takiej śluzówce mogą powstawać typowe owrzodzenia, powodujące krwawienia, a nawet przedziurawienia. Klinicznie takie przypadki przebiegają niekiedy jak owrzodzenie dwunastnicy. Fuss zebrał 16 przypadków z śmiertelnością 38%.

Na zakończenie muszę jeszcze raz podkreślić, że dzięki swemu umiejscowieniu oraz osobliwości budowy, U. M. może spowodować szereg najrozmaitszych schorzeń w jamie brzusznej. Dlatego w przypadkach niejasnych, kontrolując jamę brzuszną, należy o nim pamiętać.

Piśmiennictwo.

1) Wilms. Der Ileus.
2) Rebentisch. Arch. f. kl. Chir. Bd. 70.
3) Hüttemann. Arch. f. kl. Chir. Bd. 91.
4) Gaardlund. Arch. f. kl. Chir. Bd. 98.
5) Coenen. B. z. kl. Chir. Bd. 65.
6) Kirchmayr. Wien. kl. Woch. 1922 Nr. 49.
7) Bonnet. Pr. med. 1922 Nr. 96.
8) Leuret. Pr. med. 1922 Nr. 98.
9) Mégeraud et Dunant. Revue de Chir. 1922 Nr. 8—9, 10.
10) Christie. Ref. Journ. de Chir. 1923 Nr. 2.
11) Ledderhose. Münch. m. Woch. 1922 Nr. 38.
12) Sofoteron. Wracz. obozr. 1923 Nr. 4.
13) Kleinschmidt. W. Kirschner. — Nordmann. — Chirurgie Bd. V.
14) Löhr. D. Z. f. Chir. Bd. 186.
15) Fuss. D. Z. f. Chir. Bd. 199.
16) Kaspar. D. Z. f. Chir. Bd. 189.
17) Petit. Bulletin de Chirurgie 1928 Nr. 32.
18) Kijewski. Gazeta lek. 1910 i 1911.
19) Kryński, Krauze. Posiedz. Tow. Lek. Warsz. 1910.
20) Horodyński. Pamięt. Warsz. Laz. Miejskich.

W sprawie „pierwotnego" zapalenia języka.

Podał

STEFAN KRAMSZTYK (Warszawa)

Jest rzeczą charakterystyczną, że sprawy chorobowe, dotyczące języka a także zachowanie się tego narządu w różnych cierpieniach, które w ten czy inny sposób mogą się na nim odbijać, zajmują niezmiernie mało miejsca w piśmiennictwie współczesnem. Tymczasem mały ten narząd służył ongi lekarzom za ważny czynnik pomocniczy w rozpoznawaniu wszelkich chorób, a przedewszystkiem chorób trawienia; jeżeli uległ on zapomnieniu, to stało się to dzięki rozwojowi innych udoskonalonych metod rozpoznawczych.

W ostatnich czasach wysunięto znowu sprawę zachowania się języka, jako środka ułatwiającego rozpoznawanie i rokowanie w niektórych chorobach wewnętrznych. Obok różnych typowych zmian języka, występujących w rozmaitych cierpieniach a objawiających się w barwie tego organu, w jego suchości czy wilgotności, drżeniu i ruchliwości, zwracaną też jest uwaga na ustrojowe obłożenie jezyka, spotykane u osobników neuropatycznych oraz na obłożenie rozmaitego rodzaju, wywoływane przez choroby zębów. Stosunek spraw chorobowych w zębach do rozmaitych schorzeń wewnętrznych został, jak wiadomo, w nowem oświetleniu wprowadzony do piśmiennictwa przez anglika Huntera i amerykanina Fischera. Sprawa t. zw. „*oral sepsis*", która zdaniem niektórych autorów amerykańskich (Mayo i Rosenow) jest przyczyną mnóstwa chorób wewnętrznych i chirurgicznych, stała się w ostatnich czasach przedmiotem ożywionych sporów w piśmiennictwie lekarskiem i dentystycznem.

Jest faktem bezspornym, że w rozmaitych chorobach zębów występuje obłożenie języka. W ogólności przewlekłe podrażnienia jamy ustnej pociągają za sobą stałe obłożenie języka jako skutek bujania brodawek nitkowatych. Przyczyny, powodujące obłożenie języka, wciąż jeszcze pozostają niezbadane. Nalot taki na języku, złożony ze złuszczonych komórek nabłon-

kowych, rozpadu leukocytów i wyschłej śliny, jest jednak przeważnie wynikiem powierzchownego zapalenia języka.

Fakt, że język może być punktem wyjścia dla spraw gnilnych w jamie ustnej był dotychczas mało znany i uwzględniany w piśmiennictwie lekarskiem; ostatnio podkreśla to Boas w swojej pracy ogłoszonej w „Therapie der Gegenwart" Nr. 1 z 1929 r. Już poprzednio autor ten wskazywał na język jako na miejsce powstawania procesów gnilnych (por. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, 1925 str. 37) oraz na związek, jaki zachodzi między pewnego rodzaju obłożeniem języka a szeregiem objawów chorobowych. „Nie każdy język obłożony — mówi Boas — jest siedliskiem i punktem wyjścia spraw gnilnych. Te ostatnie w postaci wyraźnej znajdują sie tylko wtedy, gdy chorzy zjawiają się u lekarza ze skargami na przykry smak i brak apetytu". Ale i w tych przypadkach udział w sprawach rozpadowych bierze nie cały język *in toto*, lecz tylko jego nasada — *radix linguae* z brodawkami pieńkowatemi. Oprócz tych ostatnich rozróżniamy w tej okolicy jeszcze gruczoły surowicze i gruczoły mieszkowe (*folliculi linguales*), które zajmują tylną część języka i ciągną się aż do nagłośni. a z boków aż do migdałków. Ogół gruczołów mieszkowych języka nosi również nazwę *tonsilla lingualis* (Waldeyer). Brodawki pieńkowate i „*tonsilla lingualis*" stanowią zagłębienia mieszkowe, pokryte nabłonkiem, których wydzielina wylewa się na powierzchnię nasady języka. Jest sprawa oczywista, że w tych przewodach mogą łatwo tworzyć się zastoje wydzielinowe, a wraz z tem również i skupienia drobnoustrojów. Do tego dochodzą jeszcze resztki pokarmowe, które znajdują w brodawkach pieńkowatych i w grudkach chłonnych języka, — nader odpowiednie miejsce do zatrzymywania się, i w ten sposób powstawać mogą ciała o bardzo nieprzyjemnym zapachu, czemu sprzyja wybitnie mała ruchomość nasady jęzka. Taki nalot, zdjęty szpadelkiem z języka, przedstawia się jako gęsta szarawa masa złożone z bakteryj i grzybków oraz z resztek pokarmowych. Ten „*foetor ex lingua*" spotyka się przedewszystkiem w ostrych niestrawnościach, osobliwie gdy im towarzyszą wymioty, a dalej w ostrych gorączkowych chorobach zakaźnych; w tych przypadkach objaw ten znika z chwilą ustąpienia choroby. Inaczej rzecz się ma z

przewlekłym „*foetor ex lingua*“, który z biegiem czasu prowadzi do istotnego zapalenia języka — *glossitis*. Takie właśnie zapalenie języka może być punktem wyjścia dla spraw infekcyjnych żołądka i jelit, ewentualnie dróg żółciowych; możliwe nawet, żę biorą tu początek i inne sprawy chorobowe, a to przez wessanie się do dróg krwionośnych.

Boas niejednokrotnie spostrzegał przypadki przewlekłych zaburzeń żołądka i kiszek, objawiające się uczuciem ucisku, odbijaniem, wzdęciem i biegunką. Objawy te zarówno jak i sam „*foetor ex lingua*“ znikały po przeprowadzeniu starannego i systematycznego czyszczenia języka. Dla objawów tych Boas wprowadził nazwę „niestrawności pochodzenia jezykowego“ (*glossogen*), pragnąc w ten sposób zaznaczyć, że objawy językowe są tu nie, jak zwykle się przypuszczało, skutkiem, lecz odwrotnie przyczyną objawów ze strony przewodu pokarmowego.

Jeżeli nawet uznać za dość częste występowanie przypadków t. zw. pierwotnego zapalenia języka, to i odwrotnie, oczywiście język zachorowuje wtórnie, a ogniska pierwotnego należy doszukiwać się w zębach, co niezawsze łatwo daje się stwierdzić.

Jako przykład wtórnego zakażenia języka naskutek pierwotnej sprawy zębowej przytoczę na tem miejscu następującą autoobserwację: przed rokiem mniej więcej zacząłem odczuwać coraz to bardziej wzrastający niesmak w ustach, który dawał mi się we znaki zwłaszcza rano; wraz z tem występował również coraz silniejszy brak łaknienia. Rano po wstaniu stwierdzałem wybitny nalot języka. Objawy te uzależniałem od zaburzeń trawiennych pochodzenia wegetatywnego, gdyż oprócz tego miewałem i inne przejawy chorobowe tegoż charakteru; pomimo stosowania odnośnego leczenia ogólnego objawy ze strony jamy ustnej i języka jeszcze raczej się spotęgowały. Dopiero, gdy pod wpływem przytoczonych wyżej danych z piśmiennictwa zwróciłem zabiegi lecznicze w kierunku języka, a to w postaci czyszczenia go lekkiemi rozczynami dezynfekującemi, zacząłem stwierdzać poprawę. Polepszenie to wyrażało się w zmniejszeniu się rannego nalotu i przykrego smaku w ustach; objawy te jednak całkowicie nie ustępowały. Nalot, zdjęty szpadlem z nasady języka, przedstawiał się jako żółtawa gęsta o swoistym za-

pachu masa, która badana pod mikroskopem okazała się złożoną ze złuszczonych komórek nabłonkowych i mnóstwa różnych drobnoustrojów.

Doszukując się przyczyny trwających wciąż powyższych objawów ze strony języka, a to pomimo stosowania wszelkich możliwych zabiegów miejscowych, zwróciłem uwagę na ruszającą się złotą koronę na jednym z górnych zębów trzonowych. Okazało się, że w zębie tym od dłuższego czasu zachodziła sprawa zgorzelinowa. Z chwilą przeprowadzenia odnośnego leczenia dentystycznego nalot z języka, a wraz z nim i objawy niesmaku zaczęły stopniowo znikać. Jednakże po upływie kilku miesięcy zacząłem znowu doświadczać przykrych sensacyj smakowych i rano stwierdzałem wyraźne obłożenie nasady języka. I znowu jednakże przyczyną tego okazała się sprawa zębowa, już od dłuższego czasu niepostrzeżenie rozwijająca się pod plombą.

Aczkolwiek należy przypuszczać, że niezawsze sprawy chorobowe w zębach prowadzą do podobnych objawów ze strony języka i że prawdopodobnie grają tu jeszcze rolę szczególne czynniki ustrojowe, to jednakże przypadki podobne bez wątpienia bardzo często nie są należycie rozpoznawane i leczone. Jeżeli nawet nie stać na krańcowem stanowisku zwolenników „*Oral sepsis*“, to jednakże nie zawadzi często zwracać uwagę na ukrytą tę czy inną sprawę chorobową w zębach.

Streszczenia.

Löhr. Przyczynek do leczenia stanów kurczowych przewodu pokarmowego, zwłaszcza — żołądka. (Münch. Mediz. Woch. N. 45 — 1929 r.).

Opierając się na badaniach doświadczalnych Bergmana i Magnusa, autor dochodzi do przekonania, iż atropina, podawana, w małych dawkach nie daje żadnego wyniku w cierpieniach, wywołanych przez kurcz mięśni gładkich; należy wobec tego podawać dawki duże atropiny, aż do pojawienia się suchości w krtani i do rozszerzenia się źrenic. Najważniejsze zaś jest połączenie tego środka z Dialem oraz Papaveryną w odpowied-

nich dawkach; występuje wówczas rozkurcz mięśni oraz ustępują bóle dzięki działaniu Dialu. Można stosować te środki również i w bólach kurczowych innych narządów ustroju.

Fr.

Plaschkes, O wrzodzie żołądka i dwunastnicy, któremu towarzyszą skąpe objawy. (Med. Klin. 1929 N. 41).

Swoje bardzo ciekawe doniesienie w dziale „Dla praktyki" autor zaczyna od stwierdzenia, że nie wszystkie wrzody żołądka i dwunastnicy dają znane objawy kliniczne. Pewna ilość, mianowicie według Grubera (badania sekcyjne w porównaniu z wywiadami) 30%, pozostaje klinicznie nierozpoznana. Że wrzód może przebiegać bez objawów, zależy, podług autora, nie od zmniejszonej wrażliwości chorego, tylko od umiejscowienia owrzodzenia: bądź to w dnie żołądka, czy też na tylnej ścianie części poziomej górnej dwunastnicy, niepokrytej otrzewną.

W swoim materjale autor zauważył następujące osobliwe objawy: Przy dokładniejszym wywiadzie można ustalić, że chorzy tacy doznają okresowo w nocy dużego ślinotoku. Aby usunąć ten jedyny bardzo dokuczliwy objaw, autor poddał chorego zabiegowi, który wykrył mały wrzód na tylnej ścianie dwunastnicy. Po operacji ślinotok ustał. — Inni chorzy uskarżają się przez długie lata na okresowe bardzo dokuczliwe wzdęcia brzucha, które znikają po jedzeniu. Na potwierdzenie autor przytacza przypadek stwierdzonego wrzodu, w którym objaw ten był jedynym.

Sądzimy, że powyższe doniesienie zasługuje na uwagę, gdyż ilość wrzodów, przebiegających „bez objawów", nie jest mała.

M. Orzech.

Jenner. Naświetlania rentgenowskie owrzodzeń oraz chronicznych nieżytów żołądka. (Arch. f. Vrdgskrkh T. XLVI Z. 3—4).

J. stosował to leczenie w bardzo uporczywych przypadkach owrzodzeń żołądka i to dopiero wówczas, gdy zawodziły wszystkie inne metody leczenia. Wszystkich chorych naświetlano ambulatoryjnie. Ogółem na 32 pacjentów — w 7 przypadkach nie otrzymano żadnej, bądź bardzo małą poprawę, przyczem niektórzy z nich zbyt wcześnie wrócili do ciężkiej pracy fizycznej, inni nie przestrzegali dostatecznie djety, u jednego znów

na skutek powstałego po pewnym czasie zwężenia odźwiernika dokonano operacji, podczas której stwierdzono wrzód drążący do trzustki. W pozostałych 25 przypadkach wyniki były bardzo dobre: chorzy mogli natychmiast wrócić do normalnej pracy, a nawet przyjmować cięższej strawne pokarmy.

Również dobre rezultaty otrzymano w lekkich postaciach niedomogi żołądkowej, o ile zwężenie było nieznaczne i spowodowane głównie przez skurcz odźwiernika.

Na zasadzie znanego stosunku przewlekłych nieżytów żołądka do owrzodzeń — poddano również naświetlaniu przypadki t. zw. nieżytów kwaśnych, przyczem stwierdzano ustępowanie wszelkich objawów.

Naświetlanie Rentgenem chorych z owrzodzeniem żołądka bądź z ciężkimi nieżytami uważać należy za leczenie uzupełniające i stosować je wówczas, gdy wszelkie inne metody zawiodą.

Przypadki ze wskazaniem operacyjnem, oczywiście, do powyższego leczenia nie nadają się.

J. Nusbaum.

Ohly. O kwasocie żołądka w cholecystopatjach. (Arch. p. Vrdgskrkh. Tom XLV, zeszyt 3—4)

Autor obserwował 428 przypadków, z tego 380 nieoperowanych, 32—operowane i 16 powikłanych cukrzycą. Znaczna część nadkwaśności przypadała na chorych w pierwszym okresie cierpienia; im dłużej zaś trwała choroba, tem bardziej odsetek nadkwaśności malał. To samo dotyczyło chorych, u których początkowo stwierdzono kwasotę normalną.

Z danych, otrzymanych przez autora wynika, iż cholecystopatja w okresie początkowym z krótkimi napadami i nieznacznemi zmianami zapalnemi dróg żółciowych — często przebiega z nadkwasnością a niekiedy i nadmiernem wydzielaniem.

Dopiero przy dłuższem trwaniu cierpienia, które cechować zaczynają podostre i przewlekłe stany zapalne wątroby oraz dróg żółciowych, występuje niedokwaśność bądź bezsok.

A więc nie nasilenie cierpienia, lecz czas trwania i przewlekły przebieg wpływają na stosunki wydzielnicze żołądka.

Zdaniem autora, nadkwaśność w okresie początkowym uwarunkowana jest najprawdopodobniej przez podrażnienie układu

parasympatycznego, analogicznie do skurczów odźwiernika w cierpieniach żółciowych.

Przyczynę niedokwaśności i bezsoczności upatruje autor w toksycznem uszkodzeniu śluzówki żołądka, spowodowanem przez długotrwałe sprawy zapalne w wątrobie i drogach żółciowych oraz przez błędy djetetyczne.

W przypadkach operowanych O. stwierdził, iż usunięcie zapalnego pęcherzyka żółciowego powstrzymuje wystąpienie niedokwaśności, bądź bezsoczności.

T. zw. „*achylia post cholecystectomiam*", spowodowana jest nie przez sam zabieg, lecz przez inne czynniki, w pierwszym zaś rzędzie przez pierwotny nieżyt żołądka, który istniał już przed zabiegiem.

Chorzy z cholecystopatją, związaną z niedokwaśnością lub bezsocznością żołądka, winni być, zdaniem autora, wcześniej poddani zabiegowi, niż to się zazwyczaj czyni.

Stwierdzenie nieprawidłowości wydzielniczych żołądka w cholecystopatjach jest bardze ważne w celu ustalenia a) djety, b) wód mineralnych, c) leczenia djetetycznego po operacji i d) zróżniczkowania między wrzodem żołądka a kamicą.

Choremu z nadkwaśnością można pozwolić na więcej białka i tłuszczu, niż w razie niedokwaśności.

Chodzi zresztą nie tylko o to, co chory ma jeść, lecz o odpowiednie przyrządzanie dozwolonych pokarmów. Chory kamicowy winien jeść często i niedużo naraz.

Poza djetą, sprawą pierwszorzędnej wagi jest uregulowanie czynności jelit.

W przypadkach z nadkwaśnością, bądź kwasotą normalną wskazane są wody alkaliczne (Karlsbad, Bertrich, Salzig, Hersfeld, Mergentheim); w razie niedokwaśności — Kissingen, Wiesbaden, Homburg. Niekiedy brak poprawy po kuracji karlsbadzkiej tłomaczyć należy istniejącą bezsocznością.

Bardzo ważne, a, niestety, często lekceważone jest racjonalne leczenie djetetyczne chorych operowanych. Często bowiem na skutek błędów djetetycznych, obserwuje się w takich razach nawroty w postaci skurczów i zapaleń zakaźnych w drogach żółciowych. Przedostawanie się zaś spraw zapalnych do trzustki powodować może katastrofalne obrazy chorobowe.

Wreszcie co się tyczy djagnostyki różniczkowej, to niedokwaśność bądź bezsoczność w razie braku innych cech różniczkowych, nasuwa zawsze podejrzenia w kierunku schorzenia pęcherzyka żółciowego.

Józef Nusbaum,

Umber: Ochrona miąższu wątroby w jej schorzeniach. (Med. Klin. N. 41, 1929)

Wątroba, uboga w glykogen, prędzej ulega schorzeniu, niż narząd, zawierający zapasy te w ilościach normalnych. Pozbawiona glykogenu, ulega ona jadom wewnętrznym, a czasami odporność jej jest tak mała, że po zwykłej żółtaczce, może dojść do ostrego zaniku wątroby. Wątroba taka prawie że nie zawiera glykogenu. Dlatego autor zaleca w różnych schorzeniach wątroby — bo każde z nich może przejść w ostry zanik — glykogenizację wątroby. Obok odpowiedniego dla schorzenia leczenia 2 razy dziennie po 10—20—30 jedn. insuliny, doustnie lemoniady owocowe, lewulozę w kroplówkach albo dożylnie. W potrawach wiele węglowodanów, mało białka, a do pobudzenia wydzielania żółci, dwunastnicze wlewanie siarczanu magnezu.

L. S.

Richter i Zimmerman. Zabiegi na drogach żółciowych a szew brzuszny bez sączkowania. (Annals of Surgery 1928 N 2 cytow, podług Arch. Malad Dig. 1929 N 8)

Dość duży materjał, bo 262 przypadki, operowane bez sączkowania, zachęca autorów do zalecania tego sposobu operowania. W 29 przypadkach dokonano otwarcia przewodu wspólnego, a w 22 inne zabiegi na drogach żółciowych — przypadków śmiertelnych było 7, w tym tylko jeden naskutek zapalenia otrzewny. Na 204 przypadki wycięcia pęcherzyka żółciowego bez otwarcia dróg żółciowych były 2 przypadki zejścia, w tym jeden pochodzenia brzusznego — naskutek powikłań ze strony trzustki

Zaszywanie brzucha na głucho po tych zabiegach ma, podług autorów, następujące zalety: Unika się wyciekania znacznych ilości żółci, zmniejsza się dolegliwości pooperacyjne, ogranicza sią możliwość zakażenia, przepuklin, i skraca się znacznie przebieg pooperacyjny.

M. Orzech.

Mc. Vicar. Zwalczanie żółtaczki, powstałej od ucisku przez guz głowy trzustki (Annals of Surgery 1929 II cyt. pdłg Arch. Malad. Dig. 1929 N 8).

W 8 własnych przypadkach autor zastosował 1 raz połączenie pęcherzyka z dwunastnicą i 7 razy z żołądkiem. 6 chorych żyje bez żółtaczki i swędzenia; trzech z pośród nich ma się zupełnie dobrze; dwom przybyło po 20 funtów. U jednego polepszenie mniej wybitne, inny znów nie odniósł żadnej korzyści po zabiegu. Jeden z operowanych zmarł na 7 dzień od zapalenia otrzewny. W jednym przypadku, który po 20 miesiącach zmarł od zapalenia płuc i marskości wątroby, sekcja ustaliła, że guz znikł, zaś trzustka wykazała cechy chronicznego zapalenia.

M. O.

Küttner. — Ostre rzekome zapalenie wyrostka robaczkowego. (D. mediz. Woch. N. 42).

Autor stwierdza, iż nadal istnieją wciąż jeszcze przypadki zapalenia wyrostka robaczkowege trudne do rozpoznania i jeszcze trudniejsze do rozstrzygnięcia co do ich leczenia. Autor przytacza historje choroby tych przypadków, w których należało szybko przystąpić do zabiegu wobec ciężkiego stanu chorego, gdyż przypuszczano zapalenie otrzewny, a przy otwarciu jamy brzusznej znajdowano normalne warunki. Dziwnem wydało się, iż po zamknięciu jamy brzusznej ogólny stan wyniszczonego biegunką dziecka wybitnie się poprawił. W drugim przypadku zamiast przypuszczalnego ostrego zapalenia przymacicznego z przedziurawieniem nie stwierdzono nic chorobliwego prócz obrzęku w okolicy kątnicy. Dopiero na sekcji znaleziono nowotwór kątnicy. Wreszcie rozpoznano zapalenie płuc w początkowym okresie jako zapalenie wyrostka robaczkowego; burzliwe objawy narazie ustąpiły i dopiero po pewnym czasie po wyleczeniu choroby płucnej wystąpiło zapalenie wyrostka, wymagające natychmiastowej operacji.

Fr.

H. Strauss: Dolicho-sigma jako przyczyna schorzenia (Med. Klinicz. N 41 1929).

Dla odróżnienia od *makrosigma,* które często bierze się za *megasigma* nazywa autor *Dolicho-sigma* zmiany anatomiczne

w esicy, polegające na jej niezwykłem wydłużeniu. Długość esicy według autorów może dojść do — 280 cm. Zmiany te, które przeważnie stwierdza się przypadkowo przy radjoskopji,*) powodują często obraz chorobowy, podobny do skrętu kiszek, który jednak po głębokich przemywaniach ustępuje. Tym samym zmianom autor przypisuje objaw *obstipatio dolorosa. Dolichosigma* występuje przeważnie w krajach wschodniej Europy. V. Hanseman stwierdził na materjale sekcyjnym 80% przypadków wśród rosjan.

L. S.

Bensaude i Cain. Rak odbytniczo-esicowy, przebiegający pod postacią ostrego zapalenia esicy. (Arch Malad. dig. 1929 Nr. 8).

Na posiedzeniu Paryskiego T-wa Gastrologiczno-enterologicznego autorowie podali nastepujący nietypowy przypadek. Chory lat 47 przybywa na oddział z objawami ostrej niedrożności grubego jelita z ciepłotą, sięgającą do 39^0. Stwierdza się wybitną bolesność esicy. Co kilka dni odchodzi kał z domieszką krwi i śluzu. Ani rektoskopja, ani badanie promieniami Roentgena nie wyświetlają sprawy. Brak leukocytozy we krwi przemawia przeciw nietypowemu zapaleniu wyrostka. Raczej myśleć należy o zapaleniu esicy, ze względu na to, że chory przed wielu laty przechodził czerwonkę.

W ciągu miesiąca objawy stopniowo słabną i ciepłota spada do normy; wówczas chory zostaje poddany zabiegowi. Zabieg ujawnia nieusuwalny nowotwór (rak) na przejściu między esicą i bańką odbytnicy.

Przebieg przemawia raczej za *perisigmoiditis* z możliwym ropniem w krezce esicy; wykrycie raka stanowiło prawdziwą niespodziankę.

Przypuszczać należy, że rozpoznanie byłoby dokładniejsze, gdyby było przeprowadzone głębsze (?) wziernikowanie odbytnicy; autorowie bowiem wzmiankują, że rektoskop wprowadzili li tylko do 14 ctm. od odbytu.

M. Orzech.

*) obecnie w piśmiennictwie niemieckiem nazywają badanie rentgenowskie dalszych odcinków jelit po podaniu płynu kantrastowego lawatywie *irrygoskopją.*

Nissle: Wyleczenie przewlekłego zaparcia przy pomocy Mutafloru. (Münchn. Mediz. Woch. N. 42 (1929).

Dotychczas stosowano Mutaflor w przypadkach ze wzmożonymi ruchami robaczkowymi jelit. Autor, wychodząc z założenia, iż w zaparciu bakterje okrężnicy odgrywają ważną rolę, podawał chorym cierpiącym na przewlekłe zaparcie przez długi czas Mutaflor i zawsze osiągał wyśmienite wyniki, o ile tylko chory miał cierpliwość przyjmować środek ten przez czas dłuższy, chociaż nie widział narazie żadnego polepszenia stanu zdrowia. Wszystkie środki, podawane choremu dotychczas, jak również i djeta powodowały poprawę tylko na czas pewien, natomiast zmiana flory jelitowej wywołuje poprawę stałą i da się porównać z zabiegiem chirurgicznym, ale ten ostatni może być stosowany tylko w bardzo nielicznych przypadkach ze względu na niebezpieczeństwo zabiegu.

Fr.

Protokóły posiedzeń.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

20 lutego 1920 roku.

Pokazy:

1. Frank przedstawia chorego, u którego stwierdzono za pomocą badania zgłębnikiem żołądkowym i promieniami rentgenowskiemi uchyłek przełyku większych rozmiarów. Prelegent omawia w krótkich słowach klinikę uchyłków przełyku i ich leczenie.

Rozprawa: Radliński jest zdania, że w tym przypadku rozpoznanie jest pewne. Brak zapachu niemiłego, brak kwaśnej zawartości przemawia obok rentgenogramu za tem rozpoznaniem. Leczenie — operacyjne. Uchyłki nadprzeponowe leczymy za pomocą zespolenia uchyłka z żołądkiem; uchyłki szyjne za pomocą wyłuszczenia ściany uchyłka j przygotowawczej przetoki żołądkowej.

Mintz wskazuje na konieczność badania zgłębnikiem. Mo-

żemy mieć do czynienia w podobnych przypadkach zamiast z uchyłkiem z rozszerzeniem przełyku nad miejscem zwężenia.

Orzech proponuje wprowadzenie choremu cienkiego zgłębnika do żołądka „na komorne“, aby zaoszczędzić mu założenia przetoki żołądkowej. W ten sposób możeby się udało żywić chorego w dostatecznej mierze przed i po zabiegu.

Grundzach zaznacza, że wskazanem jest wprowadzić choremu dwa zgłębniki równocześnie. Żywić przez zgłębnik żołądkowy, a płukać przez zgłębnik „uchyłkowy”.

2. Saidman pokazuje preparat żołądka i pęcherzyka żółciowego, pochodzący od chorej, u której z powodu kamicy żółciowej i zwężenia oddźwiernika na tle wrzodu żołądka, wykonał wycięcie pęcherza i części oddźwiernikowej i przyoddźwiernikowej żołądka.

Orzech uważa, że nie powinno się chorej poddawać dwum tak ciężkim zabiegom jednocześnie tylko na zasadzie przypuszczenia, że zespolenie żołądkowo-jelitowe może być niewystarczające. Niekiedy samo wycięcie pęcherzyka żółciowego i przecięcie zrostów usuwa zwężenie oddzwiernika. Wówczas i zespolenie żołądkowo-kiszkowe jest zbędne (przytacza odpowiedni przypadek).

Rutkowski spostrzegał niedawno przypadek zwężenia oddźwiernika i nadmiernego rozszerzenia żołądka ze znacznem zaleganiem pokarmów. Wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe. Wymioty jednak nie ustały, były nadal obfite, żółciowe i wyczerpywały chorego. Przy powtórnej operacji zrobiono zespolenie jelitowo-jelitowe poniżej zespolenia pierwotnego. Chory wyzdrowiał. Dowodzi to, że w takich przypadkach niezawsze jest wskazany ciężki zabieg, jakim jest wycięcie żołądka, wystarczy zespolenie jelitowo-jelitowe.

W dyskusji zabierał nadto głos: Mintz i Saidman.

Grundzach wygłosił odczyt p. t. „Zespół objawów bólowych kiszkowo-żołądkowych“ (był ogłoszony drukiem).

Radliński wypowiada zdanie, że często u zdrowych osobników występuje wzdęcie brzucha z bólami, które po odejściu gazów ustępuje. R. sądzi, że zaburzenia te znajdują się na pograniczu patologji i fizjologji, a mechanizm ich nie jest skomplikowany.

Robin uważa, że sprawa wzdęcia brzucha z jego różnemi przejawami za mało jest u nas uwzględniona w praktyce. Zespołu, podanego przez prelegenta, R. nie spostrzegał. Jednak nie może pominąć sposobności, aby przypomnieć o dwóch ważnych skutkach zwykłego wzdęcia brzucha. I-szy to objawy sercowe, nieraz groźne, nagle występujące z dusznością, arytmją i t. p., które ustają natychmiast po odejściu gazów. II-gi to tak silna boleśność brzucha, umiejscowiona w okolicy kątnicy, że nasuwa podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Orzech podkreśla, że w tym zespole objawów ważne znaczenie ma brak umiejscowienia bólów pomimo silnego natężenia ataku.

Mintz w pracy o niepomyślnych wynikach zespolenia żołądkowo-jelitowego przytoczył przypadek okresowo występujących bólów brzucha w połączeniu z bardzo silnem wzdęciem wszystkich jelit u kobiety z objawami vagotonii.

20 marca 1929 r.

Vice-Prezes Wejnert zaprasza w imieniu Komitetu Organizacyjnego II-go Zjazdu wszechpolskiego do walki z rakiem członków Towarzystwa Gastrologicznego do wzięcia udziału w tym zjeździe.

Pokazy:

1. Kryński B. pokazuje rentgenogramy przełyku ze zwężeniem w trzech miejscach po zatruciu kwasem solnym. Kwasy lub zasady wywołują zwykle zmiany w górnym odcinku przełyku lub przechodzą przez przełyk swobodnie, wywołując zmiany znaczne dopiero w żołądku. Przypadek, o którym mowa, przedstawia rzadki obraz oparzenia przełyku w górnej, środkowej i dolnej $^1/_3$ części, jako w miejscu chwilowego zatrzymania się kwasu solnego podczas przejścia jego przez przełyk.

2. Orzech przedstawia dwa radjogramy przypadku uchyłka przełyku na wysokości przejścia gardzieli w przełyk. 10 miesięcy temu chory był prześwietlony z powodu trudności w połykaniu. Zdjęcie wykazało uchyłek przełyku. Powtórzone przed tygodniem zdjęcie wykazało uchyłek w tem samem miejscu, ale nieco mniejszy, Chory pozostawał przez cały czas na djecie płynnej

z powodu innego schorzenia żołądkowego, co może tłumaczy, że uchyłek przez 10 miesięcy się nie powiększył. Dalsze leczenie zachowawcze — djetetyczne.

W dyskusji Grundzach uważa, że sprawa ta chorobowa nie jest tak rzadka, jakby się wydawało. Tylko za mało badamy chorych w tym kierunku, zgłębnikując przełyk (zwężenia, skurcze, uchyłki). Należy też robić zdjęcia nietylko en face, ale i z profilu.

W dyskusji zabierał głos jeszcze Lubelski.

Saidman wygłasza odczyt p. t. „O powikłaniach po zabiegach w jamie brzusznej".

Przed otwarciem dyskusji Goldman streszcza swój poprzednio wygłoszony odczyt, p. t. „O postępowaniu przed i po operacyjnem przy zabiegach na przewodzie pokarmowym" (ogłoszony drukiem w „Gastrologji Polskiej" N. 3, Tom I).

W dyskusji zabierali głos: Witkowski, Lubelski, Rutkowski, Niewiadomski, Czarkowski, Saidman

17 kwietnia 1929 r.

Grundzach wygłasza w kilku słowach wspomnienie pośmiertne o profesorze Bouveret z Lionu.

Był to wielce zasłużony klinicysta i na polu gastrologji. Z licznych jego prac G. wymienił dzieło „Maladies de l'estomac". jeszcze dziś aktualne, oraz „Maladie de Reichman".

Obecni przez powstanie uczcili jego pamięć.

Posiedzenie było poświęcone pograniczu neuropatologji i gastrologji z następującym programem:

Higier wygłosił odczyt p. t.: „Nerwice żołądka i ich leczenie".

Bychowski jun: „Psychoterapja nerwic narządowych".

Grundzach: „Kilka słów o psychogenezie i wskazaniach do psychoterapji w schorzeniach przewodu pokarmowego".

Przewodniczący Wejnert podziękował referentom za nader interesujące odczyty, podnosząc, że to pierwszy wieczór poświęcony w Towarzystwie Gastrologicznem omówieniu schorzeń z pogranicza neurologji i gastrologji.

Dyskusję odroczono na następne posiedzenie.

DOROCZNE OGÓLNE POSIEDZENIE POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO

z dnia 22 maja 1929 r.

Przewodniczący: DR. Knappe.

Niewiadomski odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok ubiegły.

B. Kryński zdał sprawę ze stanu kasy Towarzystwa.

Wybory dają wynik następujący: zostają wybrani przez aklamację na członków Zarządu: Wejnert, Robin, Justman i Czarkowski. Na członków Komisji Rewizyjnej: Knappe, Sajdman i Witkowski.

Uchwalono jednogłośnie wybrać na członków honorowych D-rów Grundzacha i Mintza.

Justman wygłosił odczyt p. t. „Układ roślinny, a czynniki psychiczne w schorzeniach somatycznych" (ogłoszony w „Medycynie", 1929 r.)

Rozprawa: Knappe przypomina, że już przed 35 laty H. Nussbaum wygłosił podobny odczyt o „Wpływie psychiki na stan ciała".

Czarkowski zwraca uwagę na to, że często kryją się pod postacią nerwicy — mniej lub więcej poważne schorzenia organiczne.

Knappe zgadza się z tem, że psychoterapja może dać dużą ulgę, podkreśla jednak, że ograniczenie się do psychoterapji może być zbyt jednostronnem traktowaniem sprawy.

Grundzach podkreśla, że niesłuszne jest mniemanie, iż istnieją nerwice poszczególnych narządów, gdyż każda nerwica jest stanem chorobowym ogólnym.

Szenkier wygłasza odczyt p. t. „Schorzenia układu moczowego, a przewód pokarmowy" (ogłoszony drukiem w Nr. 1 Tom II Gastrologji Polskiej).

Witkowski zwraca uwagę na to, że poziom mocznika we krwi bynajmniej nie może być uważany wyłącznie, jako wskaźnik schorzenia nerek.

Czarkowski przypomina szereg przypadków, w których badanie moczu nie wykazuje nieprawidłowości, a jednak jest

schorzenie nerki (np. opadnięcie nerek, zrosty dookoła nerek i t. d.).

Datyner omawia przypadek pseudo-kamicy nerkowej, nieżyt skurczowy jelita grubego z powtarzającymi się napadami bólów w okolicy lędźwiowej oraz krwiomoczu.

Justman omawia niektóre trudności rozpoznawcze, które napotyka lekarz-gastrolog w licznych przypadkach, stojących na pograniczu urologji i gastrologji. Trudności rozpoznawcze polegają na wspólnem unerwieniu anatomicznem (X — XII segment międzyżebrowy i nerv. Pelvicus) oraz wspólności czynnościowej Badania czynnościowe również nie rozstrzygają sprawy, bo wzmożenie azotu we krwi, próby czynnościowe Vollharta świadczą zarówno o zaburzeniu nerek, jak i wątroby. Przerost gruczołu krokowego daje niekiedy objawy dyspeptyczne znacznie wcześniej, niż objawy lokalne. Zaburzenia przewodu pokarmowego w cierpieniach nerek są zależne w znacznym stopniu od zmniejszonej odporności tego narządu.

Przemawiał jeszcze: Cytronberg.

Wiadomości różne.

Wydawnictwo nasze poniosło dotkliwą stratę: z grona Komitetu Redakcyjnego ubył nam Ś. P. Docent Dr. Zugmunt Grudziński, jeden z najwybitniejszych rentgenologów polskich. Cześć jego pamięci!

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy urządza w dniach 4-tym, 5-tym i 6-tym stycznia 1930 roku III. Zjazd Lekarski.

Głównemi tematami obrad będą: przemiana materji i wewnętrzne wydzielanie. — Dotychczas zgłosili odczyty Profesorowie: Franke (Lwów), Groer (Lwów), Jezierski (Poznań) Radziwiłowicz (Wilno), Korczyński (Kraków), Docenci: Filiński (Warszawa), Klejn (Warszawa), Łabendziński (Poznań), Oszacki (Kraków), Wierzuchowski (Warszawa), Sabatowski (Lwów), doktorzy: Blassberg (Kraków), Braun (Kraków), Chwalibogowski (Lwów), Franio (Warszawa), Kmietowicz junior (Lwów), Kucharski (Poznań), Rejchman (Kraków), Tochowicz (Kraków).

W czasie obrad zjazdu odbędą się w Krynicy: międzynarodowe zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie i popisy w jeździe sztucznej na lodzie.

Komitet organizacyjny Zjazdu nie jest w stanie wysłać do wszystkich lekarzy polskich, szczegółowych programów obrad, natomiast prosi kolegów, którzy zjazdem by się chcieli zainteresować, o zwrócenie się do sekretarza generalnego Zjazdu, Dr. Witolda Skórczewskiego. Krynica.

Na posiedzeniu Walnem Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego w dniu 22. V. 29 r. wybrano na Członków Honorowych Towarzystwa D-rów Ignacego Grundzacha i Salomona Mintza Doręczenie dyplomów odbędzie się na posiedzeniu grudniowem

---

Prezydjum Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego ukonstytuowało się na rok bieżący jak następuje: Prezes Ignacy Grundzach (ponownie) vice-prezesi: Bronisław Wejnert (ponownie) i Wilhelm Róbin, Sekretarz Niewiadomski, Skarbnik Kryński (obaj ponownie).

Redakcja otrzymała: S t e f a n K r a m s z t y k. Spór o żelazo. Nowe kierunki w nauce o żywieniu. Kolka pępkowa, czy przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. L. J u s t m a n: Układ roślinny, a czynności psychiczne w schorzeniach somatycznych. B r o n i s ł a w W e j n e r t: Organizacja przytułków dla nieuleczalnie chorych na raka. Wilhelm Sternberg: Sztuka kulinarna a lekarska (po niemiecku) i Technika i metodyka djegnostyki i terapji gastroskopowej (po niemiecku, angielsku i francusku).

Międzynarodowy Klub Lekarzy w Nowym Jorku nadesłał nam pismo następujące:

SZANOWNI PANOWIE!

Pragniemy poinformować Gastrologję Polską o zadaniach Międzynarodowego Klubu Lekarskiego w Nowym Jorku, które zainteresują lekarzy Polskich. Jednym z celów Klubu, bardzo ważnym

dla lekarzy obcokrajowych, zamierzających odwiedzić St. Zjednoczone Am. Półn. jest przyjęcie ich i opiekowanie się nimi podczas pobytu.

Nowy Jork, te wrota Stanów i ważny lekarski ośrodek odwiedzany jest stale przez licznych lekarzy, zwiedzających nasze instytucje lekarskie i wygłaszających odczyty. Klub nasz ma wśród swych dyrektorów oficjalnych przedstawicieli Stanów, Zrzeszeń lekarskich szkół i oddziałów szpitalnych.

Klub nasz specjalnie interesuje się sprawami lekarskiemi w krajach obcych, posiada już członków korespondentów między wybitnymi lekarzami w Europie. Klub jest informowany o kursach dokształcających lekarzy w Polsce, u nas zarejestrowanych.

Lekarze polscy pragnący bliższych informacji, zechcą zwrócić się do mnie (Dr. Fred. H. Albee, 30 East 40 th. St. N. Y. C.)

Prezes Dr. J. Maliniak.
(N. Jork)

Resumées.

Aus dem Institut der allgemein. und experim. Pathologie der Universität in Warschau
(Direktor: Prof. F. Venulet.)

Untersuchungen über den Einfluss der Blokade der R. E. S. auf die Tätigkeit des Magens
von Dr. I. Kornberg.

An mehreren Hunden untersuchte der Verfasser den Einfluss der Blokade der RES auf die Exkretionstätigkeit des Magens. Als Blokademittel diente Electrargol Clins, 1c^3 per Kg. Gewicht; die Magentätigkeit wurde nach dem Ehrmann'schen Probefrühstück untersucht. Es hat sich herausgestellt, das durch die Blokade die Motilität des Magens verlängert wird; auch wird die Exkretionsfähigkeit quantitativ und qualitativ verringert (die Menge des ausgeschiedenen Mageninhalts, allgemeine Acidität. Menge der freien Salzsäure und Chlorionen wurden vermindert gefunden). Es wird die Meinung geäussert, dass der obengenannte Zustand durch die Reizung des Sympathicus und Hemmung des Vagus hervorgerufen wird.

Die Erkrankungen der Harnwege und der Darmtraktus.
von D-r D. Schenker.

Die Harnwege und der Darmtraktus stehen in engen anatomischen, physiologischen und besonders pathologischen Beziehungen miteinander. Durch die nahe topographische Nachbarschaft des Urogenitalapparates und des Darmtraktus wird ihre anatomische Zusammengehörigkeit bedingt. Die physiologische Gemeinschaft wird manifest im Falle vikariirender Ausscheidung

des Harnstoffes durch den Darmtraktus bei Niereninsuffizienz. Der Verfasser und Landsberg haben in Experiment an Kaninchen grosse Mengen des retinierten Harnstoffes durch wiederholte Dickdarmspüllungen aus dem Organismus entfernt. Die chronische Erkrankungen des Darmtraktus und der Organe der Bauchhöhle (kariöse Zähne, Appendicitis, Colitis, Cholecystitis) haben öfters Nierenentzüngung zu Folge. Andererseits kann im Verlaufe der Nierenentzündung, die Azotämie Symptome hervorrufen, welche gastrologische Erkrankungen vortäuschen. Die gegenseitige Wechselbeziehungen treten besonders klar hervor bei Nierensteinkoliken („Syndrome nephro-colitique") und finden ihre Erklärung im reno-intestinalen Reflex. Bei Azotaemie, die durch Harnretention in der Blase bei Prostatikern vorkommt, tref ten die Symptome (Dysphagie, Dyspepsie u. s. w.), welche gastrologische Erkrankungen vortäuschen, besonders stark und auffällig zu Tage. Daher soll in den Fällen mit Differentioaldiagnose zwischen einer urologischen und gastrologischer Erkrankungen, die quantitative Harnstoffbestimmung im Blute nie uterlassen werden.

Zur Pathologie des Meckelschen Divertikels.

von Dr. M. Eljasberg — Łódź.

Das Meckelsche Divertikel (M. D.) stellt eine von den 5 Gruppen der Entwicklungsstörungen, die bei der Rückbildung des Dottergangreste entitchen können. Da es in der Wandbeschaf fenheit alte typischen Eigenschaften des Dünndarmes beibehält, so kann es allen pathologischen Veränderungen, die einem blinden Darmsack eig n sind, anheimfallen. Am häufigsten sind es: die Entzündung des M. D. und Volvulus wie des M. D. selbst, so auch derjenigen Darmpartien, die es miteinschlingt.

Im klinischen Verlauf gibt es keine Anhaltspunkte zur Differenzierungsdiagnose gegen eine Appendicitis oder neo au- einer anderen Grundlage.

Dank der Eigentümlichkeit in der Wandbeschaffenheit· können im M. D. Geschwüre, den Magen ev. Duodenalgeschwüren ähnliche, entstehen nit ihren eigenen Symptomen und Komplikationen.

In allen Fällen von Erkrankungen des M. D. wird ein radikales Vorgehen — Entfernung desselben befürwortet. Es werden 3 beobachtete Fälle beschrieben: 1) eine Diverticulitis acuta, 2). Diverticulitis mit gleichzeitigen Appendicitis — heide Fälle durch Operation geheilt; 3) Darmverschlingung bei einem 2-jährigen Kinde durch ein M. D. hervorgerufen. Darmresection und Entfernung des Divertikels. Am 12 Tag Tod nach einer Pneumonie.

Bei unklaren Krankheitserscheinungen seitens der Bauch-organe soll bei einem operativen Eingr ff an das M. D. gedacht und ev. nach ihm gefahndet werden.

De l'inflammation primaire de la langue

par Dr. St. Kramsztyk

Autrefois, les mèdecins se servaient de la langue comme d'un moyen de poser le diagnostic Mais, dernièrement, on a cessé de s'en servir grâce la modification et l'amélioration de différentes méthodes de diàgnostic.

Cependant, la langue peut encore jouer un rôle important lorsqu'elle sert comme point de départ pour considérer différentes manifestations de de l'état pathologique de la cavité buccale et des voies digestives. Certains cliniciens anglais et amèricains, surtout Mayo et Rosenow ont exposè une nouvelle théorie nommeé oreal sepsis. Boas a publié recemment un traité sur l'inflammation primaire de la langue ou il démonstre que celle-ci est cause de tels syptômes comme: le manque d'appétit, un goût désagréable dans la bouche et la lanque saburrale.

S'appuyant sur des observations faites sur lui-même, l'auteur nous dècrit le cas d'inflammation de sa langue qui se trouva être la résultante de l'état maladif des dents; ainsi(-)sous une couronne se développait lentement un procés de gangrène ce qui donnait un ensemble de symptômes ci-dessus mentionnés.

Aûtoreferatoj en esperanto.

(*El Instituto de ghenerala kaj eksperimenta patologio de la Varsovia Universitato.* Direktoro — Prof. Venulet.)

Esploroj pri la influo de blokado de R. E. S. je la stomakaj funkcioj.

de D-ro I. Kornberg — Warszawa.

Che multaj hundoj esploris l'autoro la influon de blokado de R. E. S. je la eliga funkcio de stomako. Kiel blokadrimedo servis Electralgol Clin (1 cm.^{3} per 1 kg, de pezo); la stomaka funkcio estis esplorata post prova matenmangho de Ehrmann. Montrighis, ke post la blokado plilongighas la mova funkcio de stomako; la ekskrecia funkcio malfortighas kvante kaj kvalite (la kvanto de sekreciita stomaka enhavo, la ghenerala acideco, la kvanto de libera Hcl kaj de kloraj jonoj estis trovitaj plimalgrandaj). Autoro opinias, ke la suprenomita stato estas sekvo de incito de simpatika nervo kaj de moderigo de vagusa nervo.

Malsanoj de urinaj vojoj kaj de intesta kanalo.

de D-ro D. Szenkier — Warszawa.

La urinaj vojoj kaj la intesta kanalo havas fortajn anatomiajn, fizjologiajn kaj precipe patologiajn reciprokajn interrilatojn. La proksima topografia najbareco de urogenitala aparato kaj de la intesta kanalo kauzas ilian anatomian kunapartenon. La fiziologia kunеco evidentighas en la kazo de vikaria eligo d'ureo per la intesta kanalo che rena nesuficheco.

L'autoro kunc kun D. Landsberg sukcesis eksperimente che kuniklo forigi el la organismo grandajn kvantojn de retenita ureo per helpo de ripetitaj cekumlavadoj.

Kronikaj afekcioj de la intesta kanalo kaj d'organoj d'abdomena kavo (kariozaj dentoj, apendicito, kojlito, holecistito) ofte sekvigas nefritojn.

Aliaflanke la azotemio che nefritoj povas kauzi simptomojn, imitantajn gastrologiajn afekciojn. La reciprokaj interrilatoj precipe klare manifestighas che renshtona koliko (Sindromo nefrokojla) kaj klarighas per la reno — intesta reflekso. Che azotemio, kiu sekvas post retencio d'urino en la veziko de prostatikuloj, aperas precipe forte kaj klare simptomoj (disfagio, dispepsio k. t. p.), imitantaj gastrologiajn malsanojn.

Tial oni neniam preterlasu kvantan ureodifinon por diferencigi urologiajn kaj gastrologiajn afekciojn.

Al la patologio de Meckela divertiklo.

de D-ro M. Eljasberg — Łódź.

La Meckela divertiklo estas unu el 5 grupoj d'anomalio de disvolvigho, kiu povas formighi che reiro de ombilika dukto Char ghi enhavas en la murkonsisto chiujn tipajn ecojn de maldika intesto, tial ghi povas subighi al chiuj patologiaj procesojj de blinda intesta sako. Plejofte ni renkontas: inflamon de la M. D. kaj volvulon de M. D. mem kaj de najbaraj partoj d'intesto.

En la klinika bildo ni trovas nenian gravan signon por diferencigi la M. D. de apendicito au ileuso sur alia bazo.

Dank' al nomita murkonsisto de M. D. povas en ghi formighi ulceroj, similaj al stomakaj au duodenaj, kaj prezenti apartajn simptomojn kaj komplikojn.

En chiuj kazoj de M. D. — afekcioj estas konsilinda radikala terapio — ghia forigo.

Autoro priskribas 3 observitajn kazojn: 1) akutan divertikliton; 2) divertikliton kun samtempa apendicito — ambau kazoj, sanigitaj dank' al operacio; 3) okluzion che 2-jara knabo, kiel sekvon de M. D.; rezekcio d'intesto kaj forigo de la divertiklo. La 16-an tagon morto pro pneumonio.

Che neklaraj simptomoj de ventra malsano oni esploru che la operacio la M. D.

Pri primara inflamo de lango.

de D-ro St. K r a m s z t y k — Warszawa.

Antaue la lango servis por kuracistoj kiel diagnozilo. Nun, dank' al modifo kaj plibonigo de diversaj diagnozaj metodoj, oni chesis vidi en la lango diagnozilon.

Tamen ghi povas ankorau ludi gravan rolon, char ghi servas kiel elirpunkto por konsideri diversajn simptomojn de patologia stato de la busha kavo kaj de digestaj vojoj. Kelkaj anglaj kaj amerikaj klinikistoj, precipe M a y o kaj R o s e n o w, kreis novns teorion, nomitan „oral sepsis." B o a s publikigis jhus verkon pri primara inflamo de la lango, kie li pruvas, ke tiu malsano kauzas simptomojn, kiel ekz. mankon d'apetito, malagrablan guston en la busho kaj nepuran langon.

Apogante sin sur memobservado, l'autoro priskribas inflamon de sia lango, kiu estis sekvo de malsanaj dentoj; sub unu krono disvolvighis malrapide gangrena proceso, kiu donis supremenciitajn simptomojn.

OD WYDAWNICTWA

Numer bieżący wychodzi ze znacznym opóźnieniem spowodowanem koniecznością gruntownej reorganizacji naszej administracji. Zwracamy uwagę Szanownych kolegów na NOWY ADRES NASZEJ ADMINISTRACJI; MARSZAŁKOWSKA 71, DRUKARNIA „SIŁA", TEL. 334-48.

We wszystkich sprawach dotyczących administracji Wydawnictwa prosimy zwracać się WYŁĄCZNIE pod tym adresem.

ADRES REDAKCJI: DR. BRONISŁAW WEJNERT, MARSZAŁKOWSKA 73, POZOSTAJE BEZ ZMIANY

Przypominamy, że prenumeratą za tom II wynosi zł. 8 i prosimy o rychłe uregulowanie.

Wydawnictwo „Gastrologji Polskiej".